

Sov godt

Sov godt

Mal for søvnkurs for deg som
jobber på frisklivssentralen



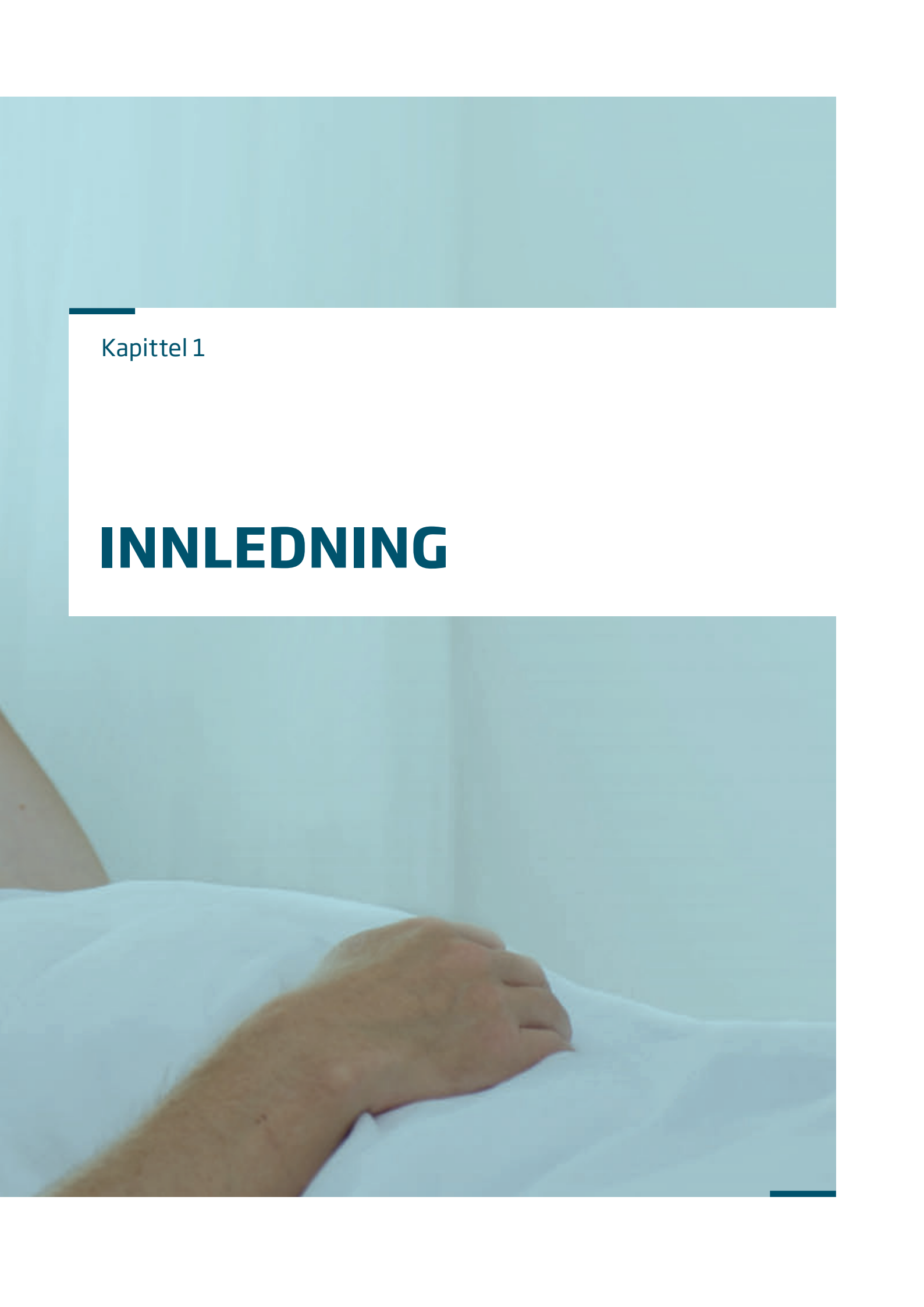
Helsedirektoratet



INNHold

1. INNLEDNING	2
2. SØVN	6
2.1 Søvnens faser	8
2.3 Hva regulerer søvnen?	10
2.4 Søvnvansker	12
2.4.1 Kroniske søvnvansker: insomni	12
2.4.2 Andre søvnforstyrrelser	12
2.5 Hva skjer når man får for lite søvn?	13
2.6 Årsaker til søvnvansker	13
3. BEHANDLING AV SØNVANSKER	16
3.1 Kartlegging av søvn	19
3.2 Gode søvnvaner	19
3.3 Stimuluskontroll	22
3.4 Kognitiv atferdsterapi	23
3.4.1 Endring av negative tanker om søvn	23
3.5 Søvnrestriksjon	25
3.6 Avslapning	26
3.6 For deg som vil lese mer	28
4. SØVN PÅ FRISKLIVSSENTRALEN	30
4.1 Søvnkurset Sov godt	32
4.2 Målgruppe	33
4.3 Rammer for kurset	35
4.4 Forslag til kursplan	35
5. SKJEMA OG VEDLEGG	42
1 Sovemedisiner	44
2 Søvndagbok	46
3 Utfordre negative tanker om søvn	48
4 ABC-modell	50
5 Progressiv avslapningstrening (PRT)	52
6 Herbert Bensons metode for dyp avslapning	54
7 Pusteøvelse for søvnighet	55
8 Søvnhygiene/Sleep Hygiene Index	56
9 Negative antakelser om søvn	58
10 Kartlegging ved kursstart	60
11 Kartlegging ved kursslutt	63
6. OFTE STILTE SPØRSMÅL	66
7. REFERANSER	75



The background of the slide is a photograph of a person lying down, with their hand resting on their hip. The image is slightly blurred and has a light blue tint. A white rectangular box is positioned on the left side of the slide, containing the text 'Kapittel 1' and 'INNLEDNING'.

Kapittel 1

INNLEDNING

De fleste vet at røyking, alkohol, kosthold og mosjon er faktorer som har avgjørende betydning for helsa. Det er ikke like godt kjent at også søvn har stor betydning. I Folkehelseinstituttets rapport «Bedre føre var ...» fra 2011 beskrives søvnproblemer som «landets kanskje mest utbredte og undervurderte folkehelseproblem».

De fleste har kjent hvordan en dårlig natts søvn påvirker humør, konsentrasjons- evne og energinivå. Søvnmangel påvirker i tillegg immunforsvaret og hvordan vi reagerer på skader og stress, og det er sammenheng mellom dårlig søvn og hjerte-kar-sykdommer, fedme og diabetes. Det er med andre ord gode grunner for at vi bruker nesten en tredjedel av livet vårt på søvn.

Å streve med søvnen er noe de fleste av oss opplever fra tid til annen. Noen sliter med innsovning, andre med urolig nattesøvn og flere oppvåkninger, og andre igjen med at de våkner for tidlig om morgenen. For en del mennesker blir søvnproblemene kroniske og så omfattende at det går utover daglig fungering og livskvalitet. Det er dette som er insomni.

Mange med søvnproblemer strever med søvnen i årevis. For dem som får behandling for søvnproblemer, er det oftest sovemedisiner som er gitt. Av og til kan sove- medisiner være nødvendig, men som oftest vil ikke-medikamentelle tiltak være et bedre alternativ. Psykologisk behandling har vist seg å ha bedre effekt enn sove- medisiner både på kort og lang sikt, og man kan oppnå betydelig forbedring av søvnen med relativt enkle grep. Helt bivirkningsfritt. Dette er utgangspunktet for søvnkurset Sov godt.

Dette kursheftet er utviklet av Helsedirektoratet og ment som en veiviser for hvordan et søvnkurs kan gjennomføres på en frisklivssentral. De første kapitlene er bakgrunnskapitler om søvn, søvnvanser og behandling. Innholdet er basert på kunnskap fra Nasjonalt senter for søvnmedisin (SOVno), Folkehelseinstituttet (FHI) og Norsk Forening for Kognitiv Terapi. I fjerde kapittel beskrives hvordan man kan gjennomføre kurset om søvn og søvnvaner, Sov godt, på frisklivssentralen.

Heftet kan også brukes som utgangspunkt for individuelle samtaler om søvn i forbindelse med en helsesamtale, eller for temasamlinger/gruppeundervisning av kortere varighet. Kursheftet kan også brukes av helsepersonell som jobber andre steder enn på frisklivssentralen.

Lykke til!





Kapittel 2

SØVN



Et menneske bruker cirka en tredjedel av livet sitt på å sove. Søvn er uunnværlig for kroppens og hjernens funksjon. Mens vi sover skjer det en opprydning i hjernen, og søvnen gir energi til å ta fatt på en ny dag.

Hvorfor vi trenger søvn er fortsatt ikke fullt ut forstått, men mye tyder på at søvnens viktigste funksjon er å vedlikeholde hjernen. Søvn forbereder hjernen på læring og er nødvendig for at minner skal kunne lagres i langtidshukommelsen. I tillegg er søvn viktig for immunforsvaret og for en rekke andre prosesser i kroppen. Søvn er altså helt nødvendig for både vår psykiske og psykiske helse.

Hvor mye vi sover, og hvor mye søvn vi faktisk trenger, varierer. Voksne mennesker trenger vanligvis mellom seks og ni timer søvn per natt, noen klarer seg med mindre. Det er helt normalt å våkne i løpet av natta og at kvaliteten på søvnen varierer fra dag til dag. Forestillingen om at alle voksne må ha åtte timer søvn hver natt, er en myte.

Søvnbehovet varierer gjennom livet. For eksempel trenger barn og ungdom betydelig mer søvn enn voksne, mens eldre sover mindre og har en lettere søvn. Etterhvert som man blir eldre, får man mindre av den dype søvnen og våkner gjerne tidligere på morgenen. Om dette skyldes at søvnbehovet minsker eller om evnen til å sove forringes med alderen, vet man ikke sikkert.

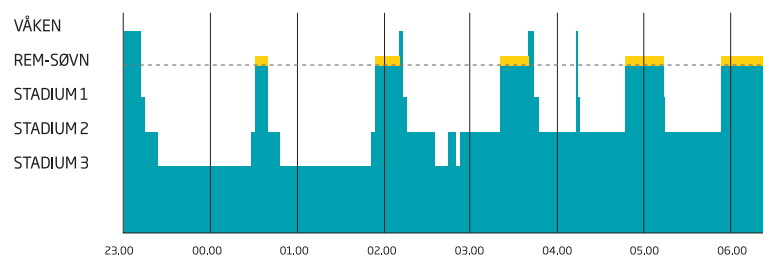
2.1 SØVNENS FASER

Søvn består av flere forskjellige stadier og kan overordnet inndeles i lett søvn, dyp søvn og REM-søvn (REM=Rapid Eye Movement). Selve søvnstadiene deles gjerne inn i stadium 1 til 3 og REM, og de veksler natta gjennom i sykluser på cirka 90 minutters varighet (Figur 1). Grunnlaget for inndelingen er målinger av

hjernens aktivitet ved hjelp av elektroder når vi sover. Musklene er på sitt mest avslappede under REM-søvn, men hjerneaktiviteten ligner mye på den som er i våken tilstand.

Det er helt normalt å våkne opp fra REM-søvn et par ganger i løpet av natta. Som regel er disse oppvåkningene kortvarige og merkes knapt, men for noen kan slike oppvåkninger være plagsomme, og de kan ha vansker med å falle i søvn igjen.

SØVNSTADIENE



Figur 1. Hypnogram som viser hvordan vi veksler mellom søvnstadier i løpet av natta, i tillegg til kortvarige oppvåkninger. Periodene med REM-søvn er markert med gult.

Når vi sovner, går vi først inn i stadium 1. Dette er en overgangsfase mellom søvn og våkenhet, en døsigheitsfase. Hjernebølgene er nær våken tilstand, musklene slapper av, og man mister gradvis bevissthet. Deretter går vi inn i stadium 2. Dette stadiet kalles gjerne for lett søvn, man mister helt bevissheten og musklene er nesten helt avslappet. Om lag 20 minutter etter innsovning går vi inn i stadium 3, dyp søvn. I stadium 3 reagerer man normalt ikke på ting rundt seg, og kan være vanskelig å vekke. Etter dette går vi opp i stadium 2 igjen, før vi går inn i REM-søvn. Så går vi på ny inn i dypere søvn, før det kommer en ny REM-periode.

Den dype søvnen har vi mest av de tre første timene av natta. Her er REM-periodene som regel korte. I den siste halvdel av nattesøvnen veksler vi stort sett mellom stadium 2 og REM-søvn. Periodene med REM-søvn blir lengre utover natta.

Perioden fra slutten av en REM-periode til slutten av neste REM-periode kalles en søvnssyklus. En normal nattesøvn består av fire til seks slike sykluser.

Dyp søvn er det viktigste stadiet for å bli uthvilt og fungere bra neste dag. Kvaliteten på søvnen, dvs. mengden dyp søvn, er altså vel så viktig som antallet timer man sover.

2.3 HVA REGULERER SØVNEN?

Søvn reguleres hovedsakelig av tre forhold:

1. Oppbygget søvnbehov
2. Døgnrytmen
3. Vaner og atferd

Den daglige søvn-våken-syklusen reguleres av et samspill mellom ulike faktorer. Sentralt i dette samspillet står søvnbehov (også kalt søvntrykk og homeostatisk faktor), døgnrytme (cirkadian faktor) og vaner/atferdsfaktorer. Disse faktorene regulerer til sammen dybden og varigheten på søvnen (Fetveit & Bjorvatn, 2007).

Søvnbehovet avhenger av hvor lenge det er siden man sov. Det er altså antall timer i våken tilstand som bestemmer hvor dypt man sover. Søvnbehovet bygger seg opp mens man er våken, og søvnen blir dypere jo lenger det er siden man sov sist. Underskudd på søvn fremkaller en kompensatorisk økning i dybden og varigheten av søvnen, mens overdreven søvn reduserer tilbøyelighet til søvn (Jennum et al., 2015; Bjorvatn, 2013).

Søvnbehovet varierer fra person til person. Det er derfor viktig ikke å vurdere søvnen ut fra hvor mange timer en enkelt person sover. Kvaliteten på søvnen, det vil si mengden av den dype søvnen, er vel så viktig som antall timer. Som hovedregel gjelder det at hvis man er uthvilt på dagtid, har man fått tilstrekkelig med søvn.

Døgnrytmen er uavhengig av våkenhet eller tilbakelagt søvn. Søvnen følger en døgnrytme som styres av en biologisk klokke i hjernen. Den biologiske klokka styrer mange prosesser i kroppen i tillegg til søvn og våkenhet, blant annet kroppstemperatur og fordøyelse.

Døgnrytmen reguleres blant annet av dagslys. Man er mest trøtt midt på natta, uansett hvor mye man har sovet dagen før. Den delen i hjernen som styrer døgnrytmen har direkte forbindelse med øyets netthinne, og lysets effekt på døgnrytmen går gjennom denne forbindelsen. I denne kjernen er det mottakere for hormonet melatonin. Melatonin skilles ut når det er mørkt og stopper opp når det er lyst. På denne måten spiller melatonin en viktig rolle i å regulere døgnrytmen (Bjorvatn, 2013).

Det er døgnrytmen som har avgjørende betydning for hvor mange timer man sover, og hvor trett man er når man legger seg. Dette medfører at søvn lengden varierer betydelig etter når på døgnet man legger seg, nesten uavhengig av hvor lenge man har vært våken (Fetveit & Bjorvatn, 2007).

MELATONIN

Melatonin er et hormon som utskilles fra epifysen, en liten struktur dypt inni hjernen. Melatonin er «mørkets hormon», det vil si at utskillelsen av melatonin starter når sola går ned og mørket kommer. Melatoninnivåene når et maksimum midt på natten, i tre-fire-tiden. Når lyset treffer øyets netthinne, faller melatoninproduksjonen. Melatonin har klare effekter på søvnen, og særlig døgnrytmen vår, siden den påvirker kjernen i hjernen som styrer denne rytmen, nucleus suprachiasmaticus. Produksjonen av melatonin er relatert til alder. Jo eldre man er, jo lavere er produksjonen (Bjorvatn, SOVno, 2013).

Vår biologiske døgnrytme er relativt stabil. Selv uten påvirkning av lys og mørke vil man fortsette å følge sin indre klokke. Den biologiske klokkes døgn er ikke på nøyaktig 24 timer; under normale forhold er den i gjennomsnitt nærmere 25 timer. Det betyr at den biologiske klokken må justeres hver dag, noe som skjer ved tilstrekkelig lysstimulering (Bjorvatn, 2013).

Søvnbehovet og døgnrytmen vil sammen regulere søvnmengden og balansen mellom våkenhet og søvn. Søvnmangel vil gi et økt søvnbehov, men vil påvirke døgnrytmen minimalt.

NADIR

For å forstå hvordan døgnrytmen fungerer, er det nyttig å kjenne til at rytmen har et bunnpunkt (kalles nadir) rundt 1-2 timer før man normalt våkner. Det betyr at for mange er dette bunnpunktet ca. klokken fem om natta. Det er på dette tidspunktet man har vanskeligst for å holde seg våken. Det er altså ikke slik at man blir trøttere jo lenger man er våken. Dette har mange nattarbeidere opplevd; man er gjerne veldig trøtt i fem-tiden om natta, for så å våkne til igjen før man skal hjem for å legge seg. Mange nattarbeidere opplever også at søvnen etter arbeid er kortere enn vanlig. Det er døgnrytmen som er forklaringen på dette. Det er vanskelig å sove når døgnrytmen er oppadstigende. Undersøkelser av søvnlengde ved forskjellige sengetidspunkter viser døgnrytmens betydning for søvnen. Ved sengetid klokka 23 sov forsøkspersonene i åtte timer, ved sengetid klokken 07 sov personene bare 4,5 timer, selv om de da hadde vært våkne mye lenger (Bjorvatn, SOVno, 2013).

I tillegg til døgnrytmen og oppbygget søvnbehov, har **vaner og atferd** betydning for hvordan og når vi sover. Man kan legge til rette for god søvn gjennom hele døgnet. Stå opp til samme tid hver dag, sørge for minst en halvtimes dagslys på formiddagen, være fysisk aktiv, avslutte kaffedrikking på ettermiddagen, spise et lett måltid, droppe røyken og roe ned på kveldstid, og ha det skjermfritt og sovevennlig på soverommet. I kap. 3.2 Gode søvnvaner beskrives det grundigere hvordan vaner og atferd regulerer søvnen.

2.4 SØNVANSKER

Søvnvansker er en av de vanligste helseplagene i befolkningen. Omtrent en av tre voksne sliter ukentlig med søvnen. De som lider av søvnvansker, rapporterer oftere om redusert livskvalitet og dårligere mestringsstrategier. Søvnvansker er forbundet med nedsatt kognitiv og intellektuell fungering, og har vist seg å være en risikofaktor for å utvikle både psykiske lidelser og flere smertelidelser (FHI, 2011).

2.4.1 Kroniske søvnvansker: insomni

Når man viser til at en av tre rapporterer om ukentlige søvnvansker, skiller dette seg fra de som har kroniske søvnvansker, dvs. insomni. Det er anslått at 15 prosent av den norske befolkningen har insomni. Forekomsten av insomni har økt betraktelig i Norge det siste tiåret (Pallesen et al., 2013). Personer med kroniske søvnvansker (insomni) har ofte redusert arbeidskapasitet, og flere norske studier har vist at søvnvansker er en sterk og uavhengig risikofaktor for både langtidsfravær og varig uføretrygd (Sivertsen et al., 2009).

Insomni er definert som en subjektiv opplevelse av å ha problemer med innsovning, for tidlig oppvåkning om morgenen og/eller dårlig søvnkvalitet flere ganger i uka som går utover daglig fungering. For å få diagnosen er det et kriteriet at det har vart mer enn tre måneder (DSM-5).

2.4.2 Andre søvnforstyrrelser

De vanligste søvnforstyrrelsene utenom insomni er døgnrytmeforstyrrelser, søvnapné og restless legs. Det er en del som sliter med døgnrytmeforstyrrelser, hvor døgnrytmen er forsinket eller fremskyndet. Forsinket søvnfasesyndrom er en tilstand hvor kroppens biologiske klokke er stilt inn til å fungere noen timer senere enn det som er normalt. Ved forsinket søvnfasesyndrom har man problemer med innsovning, og forskyver dermed døgnrytmen og har problemer med å stå opp til jobb eller skole.

Fremskyndet døgnrytmeforstyrrelse, derimot, handler om at den biologiske klokka er stilt inn til å fungere noen timer tidligere. Personer med fremskyndet døgnrytmeforstyrrelse blir søvnige tidlig på kvelden, og våkner svært tidlig om morgenen. Sistnevnte døgnrytmeforstyrrelse er sjeldnere enn førstnevnte. Ved mistanke om døgnrytmeforstyrrelser bør man kontakte fastlegen for nærmere utredning. Døgnrytmeforstyrrelser behandles vanligvis med lys og/eller melatonin (Bjorvatn, 2014).

Søvnapné rammer mellom 5–10 prosent av den voksne befolkningen. Symptomene er pustestopp, snorking og hyppige toalettbesøk. Hvis man har slike plager, bør man kontakte fastlegen. Den vanligste behandlingen mot sykdommen i dag er en maske som kalles CPAP (continuous positive airway pressure - kontinuerlig overtrykk i luftveiene) som sørger for kontinuerlig passasje for luftstrømmen gjennom svelget. Snorkelyden reduseres kraftig, eller forsvinner helt. CPAP er vist å redusere dagtidstretthet og bedrer livskvalitet (Lehmann, 2015).

Restless legs / urolige bein, kjennetegnes av ubehagelige fornemmelser, ofte beskrevet som muring, i beina. For noen vil aktivitet og bevegelse lindre, for andre vil det være aktuelt med medikamentell behandling (Bjorvatn, 2014).

Felles for de tre overnevnte søvnforstyrrelsene er at det er viktig med oppfølging og eventuell behandling hos lege, men mange kan også ha nytte av et søvnkurs.

2.5 HVA SKJER NÅR MAN FÅR FOR LITE SØVN?

De kortsiktige konsekvensene av for lite søvn er blant annet økt irritabilitet og humørsvingninger. Søvnmangel fører også til redusert oppmerksomhet og konsentrasjon, som igjen kan påvirke skoleprestasjoner og arbeidsprestasjoner. Reaksjonstiden reduseres, og av den grunn bør man derfor være forsiktig med å kjøre bil.

De langsiktige konsekvensene av langvarig søvnmangel er knyttet til utmattelse, og i noen tilfeller kan det føre til depresjon. Andre konsekvenser er problemer med hukommelse og overvekt, eller økt risiko for atferdsvansker og følelsesmessig ustabilitet. I tillegg kan langvarige søvnvansker påvirke immunforsvaret og gjøre at man blir mer utsatt for å få infeksjoner og andre sykdommer.

2.6 ÅRSAKER TIL SØNVANSKER

Det kan være ulike årsaker til at man utvikler søvnvansker, og ofte skiller man mellom utløsende og opprettholdende faktorer. De utløsende kan være sykdom, kriser, depresjon, angst, stress eller bivirkninger av medikamenter. I tillegg skiller man mellom akutte og mer kroniske søvnvansker. Akutte søvnvansker er som regel forårsaket av en konkret hendelse, f.eks en krise. Da vil som regel ikke søvnvanskene vare etter at krisen er bearbeidet. Ved kroniske søvnvansker derimot er det ikke alltid en klar årsak, og for noen vil de vedvare i flere år.

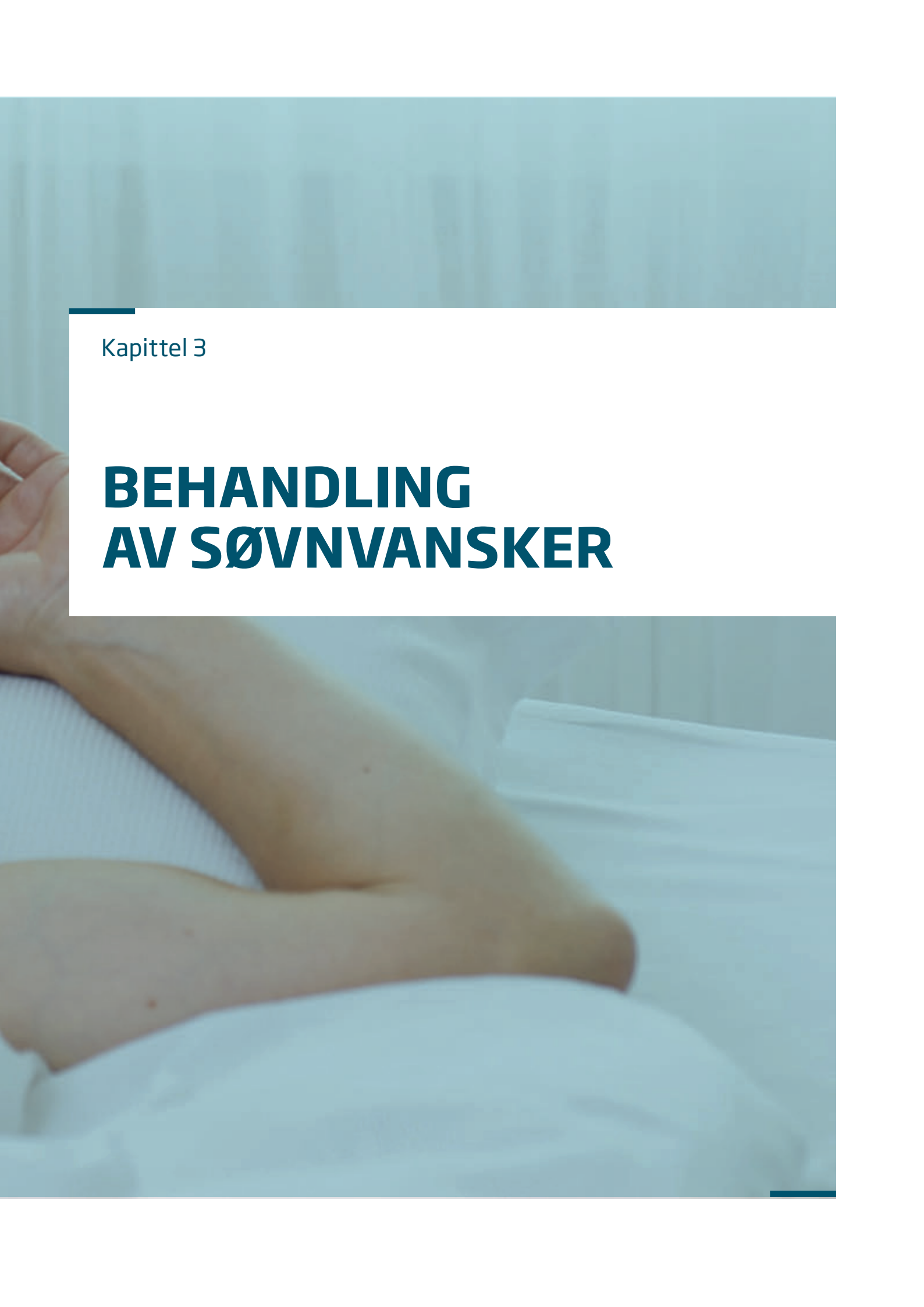
Ved kroniske søvnvansker spiller kognitive og atferdsmessige mekanismer en viktig rolle i å opprettholde, og i noen tilfeller forverre, symptomene. For eksempel vil kronisk bekymring over manglende søvn og den feilaktige forestillingen om at man må ha åtte timers søvn for å fungere, kunne bidra til å forverre søvnvanskene. Og å kompensere for en dårlig natts søvn med å sove på dagen eller «sove ut» i helgene vil forstyrre kroppens homeostatiske mekanismer slik at balansen mellom søvn og våkenhet i løpet av døgnet forskyves. Ofte ser man at flere faktorer bidrar til å opprettholde søvnvanskene (FHI, 2015).

Det er ikke alltid man vet hvorfor man har utviklet søvnvansker, og generelt vil det være viktigere å lære om hva man kan gjøre for å mestre utfordringene framfor å lete etter årsaken til dem.



Det er ikke alltid man vet hvorfor man har utviklet søvnvansker, og generelt vil det være viktigere å lære om hva man kan gjøre for å mestre utfordringene framfor å lete etter årsaken til dem.





Kapittel 3

BEHANDLING AV SØVNVANSKER

De fleste som får behandling for søvnproblemer mottar medisinsk behandling til tross for at kognitiv atferdsterapi har vist seg å være langt mer effektiv, både med hensyn til kort- og langtidseffekt.

Flere metaanalyser viser at åtte av ti pasienter blir bedre om de fullfører en behandling basert på kognitiv atferdsterapi. For eksempel har en norsk studie vist at kognitiv atferdsterapi var langt mer effektiv enn sovemedisinen Zopiclone (Imovane) både mht korttids- og langtidseffekt hos eldre personer med kronisk insomni (Sivertsen et al., 2006).¹

Psykologisk behandling av søvnproblemer tar sikte på å ta tak i noen av årsakene til at søvnproblemer opprettholdes. Behandlingen inkluderer vanligvis ulike kombinasjoner av:

- undervisning i det å fremme gode søvnvaner (det som også kalles søvnhygiene²)
- kognitiv atferdsterapi, som stimuluskontroll, søvnrestriksjon, avslapningsteknikker
- identifisering og endring av uhensiktsmessige tanker om egen søvn

Felles for disse tilnærmingene er at de fokuserer på psykologiske og atferdsmessige forhold som kan bidra til å opprettholde eller forverre søvnproblemene. For selv om søvnproblemer kan ha forskjellige årsaker, har psykologiske og atferdsmessige forhold stor betydning for om problemene utvikler seg til å bli kroniske.

¹ Les mer om medisinsk behandling av søvnproblemer i vedlegg 1.

² Hygiene her forstått som vitenskapen om hva som forebygger dårlig søvn og opprettholder god søvn.

I det følgende gjennomgås de forskjellige psykologiske tilnærmingene som anbefales i dette søvnkurset.

3.1 KARTLEGGING AV SØVN

Når man sliter med søvnen, er det vanlig at søvnproblemene fremstår som mye verre enn de faktisk er. Om man blir spurt husker man sannsynligvis ikke detaljene i hvordan de siste nettene har vært. En grundig kartlegging av søvn og søvnvaner er svært nyttig før man går i gang med å gjøre endringer eller setter i gang med behandling. Kanskje blir man også bevisst på at man faktisk sover mer enn man tror. Det kan virke beroligende og ha effekt i seg selv.

Gjennom å føre søvndagbok (vedlegg 2) i minimum to uker kan man få et tydelig bilde av hvordan man faktisk sover. Praktisk bruk av søvndagbok står beskrevet i kapittel 4 Søvn på frisklivssentralen.

3.2 GODE SØNVANER

Råd for gode søvnvaner (også kalt søvnhygiene) handler om å gjøre mer av det som fremmer søvn og å unngå atferd som hemmer søvn, jf. kap 2.3. Noen av rådene er særlig nyttige for å opprettholde en god døgnrytme, mens andre er spesielt rettet mot å bygge opp søvnbehovet eller styrke søvnkvaliteten.

Ved veiledning i gode søvnvaner er det mest effektivt å plukke ut de rådene som er aktuelle for den enkelte og å forklare hvordan rådet skal virke. Under er rådene sortert ut fra hvilken effekt de har.

Råd for å ta vare på søvnbehovet

- Unngå å sove på dagtid.
- Vær fysisk aktiv, men unngå hard fysisk trening de siste timene før sengetid.
- Ikke opphold deg i sengen lenger enn forventet sovetid.

Søvnbehovet bygger seg opp mens man er våken, og søvnen blir dypere jo lenger det er siden man sov. Hvis det går kort tid fra man våkner til man går til sengs igjen, vil det oppbyggede søvnbehovet være mindre. Det har stor innvirkning på søvndybden. Når det oppbyggede søvnbehovet er lite, er det også vanskeligere å falle i søvn. For å sikre god søvnkvalitet bør man la være å sove på dagtid. Unntaket er en «powernap» på 10–20 minutter. Det kan være nyttig dersom man har sovet lite eller dårlig og har behov for å yte godt.

«POWERNAP»

For å sikre god og sammenhengende søvn om natta bør man begrense soving på dagtid, spesielt på ettermiddagen. Unntaket er såkalte «powernaps», dvs. en «høneblund» på 10-20 minutter, tidlig på dagen. En powernap har vist seg å være gunstig for både fysisk og psykisk helse, men kun dersom den tas før kl. 14-15. Dersom man sover lengre enn 20 minutter, vil dette kunne redusere mengden dyp søvn man får om natten, og man vil også føle seg ganske omtåket og søvndrukken i lang tid etterpå.

Fysisk aktivitet fremmer tretthet og kan på sikt gi dypere søvn. Men fordi trening også gjør kroppen aktivert, bør man unngå å legge treningen for sent på kvelden.

Mange med søvnproblemer tilbringer svært mye tid i sengen. De sover kanskje i 4-5 timer, men ligger i sengen 8-9 timer. Dersom man ikke får sove bør man stå opp og gjøre en rolig aktivitet til man blir trøtt igjen. Hensikten er at sengen skal forbindes med søvn og avslapning, og ikke med grubling og fortvilelse over å være våken.

Råd for å bevare god døgnrytme

- Legg deg og stå opp til omtrent samme tid hver dag, også i helgene.
- Få minst 30 minutter med dagslys hver dag. Dagslys bidrar til å regulere døgnrytmen, og det er særlig lyset på morgenen som er gunstig.
- Unngå å bli eksponert for sterkt lys dersom du må stå opp om natta.
- Unngå bruk av elektroniske skjermer den siste timen før sengetid.

Døgnrytmen er viktig for stabil og god søvn, og bestemmer i hovedsak hvor lenge vi sover. Søvnene fungerer best når vi legger oss og står opp til omtrent samme tid hver dag. Et godt råd for å bevare en god døgnrytme er å stå opp til et fast tidspunkt hver dag og ikke sove mer enn ca. en time ekstra på fridager.

Lys om morgenen er den viktigste faktoren som stabiliserer døgnrytmen, derfor er det viktig å bli eksponert for dagslys hver dag. Lys er med på å regulere døgnrytmen og utskillelse av hormonet melatonin, kroppens søvnhormon. I vintermånedene kan dette være et problem. Det er vanlig med økt tretthet og søvnproblemer på vinterstid, og er man spesielt plaget kan bruk av lyslampe om morgenen ha effekt.

ELEKTRONISKE SKJERMER OG SØVN

Flere studier har vist at bruk av elektroniske skjermer som smarttelefon, nettbrett og pc før sengetid påvirker søvnen negativt. Både dagslys og skjermlys er lys med blå bølgelengde, og det er antatt at det blå lyset fra elektroniske skjermer lurer kroppen til å tro at det ennå ikke er natt gjennom å undertrykke utskillelsen av melatonin og forsinke den biologiske klokken og døgnrytmen. I tillegg virker lyset aktiverende. Dette medfører vanskeligheter med å falle i søvn og forlenger tiden det tar å sovne. Det er også vist at det å utsette seg for blått lys på kvelden fører til forsinket og redusert REM-søvn og redusert årvåkenhet dagen etter. Over tid kan dette ha flere uheldige konsekvenser (Chang et al., 2014).

Råd for å redusere aktivering om kvelden og natta

- La soverommet være rolig, mørkt og passe temperert.
- Ikke ha pc, smarttelefon, tv eller nettbrett på soverommet / i senga.
- Unngå alkohol før sengetid. Alkoholinntak gir mer urolig og mindre dyp søvn.
- Koffein virker aktiverende og kan føre til lengre innsovningstid, flere oppvåkninger og svekket søvnkvalitet. Unngå inntak av koffeinholdig drikke som kaffe, te, cola og energidrikker etter kl. 17. Noen må avslutte enda tidligere.
- Ikke se på klokken hvis man våkner.
- Man bør unngå tunge måltider om kvelden, og legge seg passe mett. Et kraftig måltid et par timer før sengetid kan gi problemer med søvnen.
- Man bør lære seg en avspenningsteknikk man kan bruke hvis man sliter med å roe ned om kvelden eller våkner om natta hvis du ikke får sove igjen.
- Ikke ta med bekymringer til sengs. Sett av tid på ettermiddagen / tidlig kveld til bekymringer og problemer.

Mange bruker soverommet til mye annet enn å sove i, for eksempel se TV, jobbe og lese. Sengen forbindes ikke bare med søvn, men også aktiviteter som gjør deg våken. God søvn er avhengig av at det er en sterk kobling mellom det å legge seg i senga og det å sove.

Alkohol kan lette innsovningen, men gir urolig søvn med mange oppvåkninger og tidlig oppvåkning om morgenen, og dårligere søvnkvalitet. Også røyking er forbundet med kortere og mer urolig søvn.

Koffein er et av de sterkeste oppkvikkende midlene som finnes. Koffein finnes naturlig i kaffe, te og, i mindre mengde, kakao og sjokolade. Koffein er også tilsatt i cola og energidrikker. Nedbryting av koffein kan variere fra 1,5 til 9,5 timer, og fra person til person. Den gjennomsnittlige halveringstiden er ca. 5 timer (Doepker et al., 2016). Koffein har direkte påvirkning på søvntrykk ved å binde seg til (bl.a.) adenosinreseptorer i hjernen. For at koffein ikke skal påvirke søvnen, skal man avslutte inntaket ca. 9 timer før planlagt leggetid (Gardiner et al., 2023). De som har innsovningsproblemer eller er koffein-sensitive bør avslutte koffeininntaket enda tidligere på ettermiddagen.

Det anbefales å fjerne klokka fra soverommet. Det kan virke stressende å se at klokka er 02 om natta hvis man fortsatt er våken.

Tanker og bekymringer fra tidligere på dagen har tendens til å forsterkes på nattes-tid og gjøre det vanskelig å sove. Dersom man ofte ligger våken på grunn av grubling og bekymringstanker, kan det være lurt å sette av litt tid tidligere på dagen til å tenke gjennom tingene man bekymrer seg over. Har man jobbet seg gjennom de negative tankene og bekymringene tidligere på dagen, vil det være lettere ikke å ta dem med seg til sengs og dermed heller ikke la dem forstyrre nattesøvnen.

BEKYMRRINGSKVARTER

For dem som har en tendens til å bli liggende å bekymre seg og ikke får sove på grunn av det, kan følgende teknikk være nyttig: Sett av ca. et kvarter til et fast tidspunkt hver kveld, f.eks. fra kl. 18.45 til 19.00, der man skriver ned alle bekymringene sine. Dersom man ikke får sove på kvelden på grunn av bekymringstanker, bestemmer man seg for å heller tenke nøye gjennom disse på den avsatte tiden neste dag.

3.3 STIMULUSKONTROLL

For dem som stort sett sover godt, er de stimuliene de utsettes for ved sengetid forbundet med avslapning og ro, og sengen og soverommet er assosiert med søvn. For dem som har utviklet søvnproblemer derimot, er de samme stimuliene forbundet med aktivisering, og sengen og soverommet utløser våkenhet, bekymring og frustrasjon.

Behandling med stimuluskontroll, også kalt miljøkontroll, går ut på å korrigere uheldig søvnatferd og å styrke assosiasjonen mellom søvn og seng. Poenget er å utvikle nye søvnvaner som øker sjansen for at man faller i søvn, forblir i søvnen og ikke våkner tidligere enn nødvendig. Det er viktig å øve regelmessig på de nye vanene, slik at de blir såpass godt innlært at de blir en del av ens rutiner og nervesystemets automatiske måte å reagere på (Bjorvatn, 2013; Jennum et al., 2015; Berge et al., 2014).

Stimuluskontroll innebærer følgende instruksjoner som må følges nøye:

- Man skal bare legge seg for å sove når man er søvnig eller trøtt.
- Får man ikke sove innen 15–30 minutter, skal man stå opp, forlate soverommet og legge seg igjen først når man er søvnig. Denne prosedyren gjentas også om man våkner i løpet av natta.
- Sengen skal ikke brukes til andre aktiviteter enn søvn. Dette betyr at man ikke skal se på TV, snakke i telefonen, arbeide eller gjøre andre ting i sengen (unntaket er sex).
- Man skal legge seg og stå opp til en fastsatt tid, uansett hvor mye eller hvor lite man har sovet natta før.
- Man skal unngå å sove på dagtid.

Det er viktig at man legger seg for å sove først når man føler seg trøtt. Mange som sliter med søvnproblemer, går svært tidlig til sengs i håp om å få nok søvn. Noen tilbringer opptil ti timer i sengen, selv om de bare får sove noen få timer. Ved stimuluskontroll er det viktig å vente til man er skikkelig søvnig. Da øker sjansen for at man sovner relativt raskt.

Hvis man må opp om natta, er det viktig at man ikke utsetter seg for sterkt lys, spiser eller ser på TV eller andre skjermer. Det kan være lurt å gjøre noe litt kjedelig som ikke krever for mye oppmerksomhet, som å kikke i en ikke altfor spennende bok.

Det er viktig at man stiller vekkerklokken og står opp til samme tid hver morgen, uansett hvor mye man har sovet i løpet av natta. Det hjelper kroppen til å etablere en fast døgnrytme. Som generell regel bør man ikke faller for fristelsen til å sove på dagen. Unntaket er en 15-20 minutters powernap dersom man har hatt en spesielt dårlig natt og er svært påvirket av dette på dagen.

Stimuluskontroll er en krevende behandlingsmetode som krever høy grad av motivasjon. Det kan ta noe tid før behandlingen har effekt, og mange opplever en forverring av søvnen de første 1-2 ukene. Dette kan fort føre til frustrasjon og bekymring over ikke å få nok søvn. Det er viktig å være klar over at man ikke bør forvente særlig bedring før etter en uke eller to, og at man derfor ikke gir opp for tidlig. Klarer man å holde seg til programmet over litt tid, vil det få positive virkninger på døgnrytmen og i neste omgang positive effekter på søvnen (Bjorvatn, 2013; Jennum et al., 2015; Berge et al., 2014).

3.4 KOGNITIV ATFERDSTERAPI

Kognitiv atferdsterapi er den tilnærmingen som har vist best effekt ved behandling av insomni. Kognitiv atferdsterapi retter seg mot problemløsning og innsikt i sammenhengen mellom tanker, følelser og handlinger, og er en helhetlig måte å forstå et menneske og dets problemer på.

Kognitive teknikker er knyttet til konkret problemløsning. De har ofte fokus på opprettholdende faktorer. I behandling av søvnproblemer ved hjelp av kognitive teknikker, bearbeides stressende tanker som motvirker søvn. Det kan både dreie seg om tanker og bekymringer som ikke er relatert til søvn og tanker og bekymringer som er direkte relatert til søvn.

3.4.1 Endring av negative tanker og urealistiske oppfatninger om søvn

Mange som lider av søvnmangel har negative tanker som er med på å opprettholde søvnproblemene. Personer med søvnproblemer har ofte urealistiske oppfatninger av hvor mange timer med søvn de faktisk trenger og hvor lenge de sover, og de vil ofte ha urealistiske forventninger om negative konsekvenser av sitt søvnproblem. Noen har dessuten en tendens til å se nesten alle negative hendelser på dagtid i sammenheng med søvnproblemene. Slike tanker kan fort bli automatiske og føre til bekymring og stress (Berge et al., 2007).

Ligger man for eksempel og tenker at «nå MÅ jeg sove!», vil det føre til frustrasjon, som i neste omgang gjør kroppen aktivert. Og når kroppen er aktivert og full av stresshormoner, er det umulig å sovne. I neste omgang vil stresset føre til økt følelsesmessig aktivering, som gjerne er forbundet med enda mer tankekjør og overdreven grubling. På denne måten skapes en ond sirkel, og frustrasjonen som den manglende søvnen utløser, er i seg selv med på å opprettholde søvnproblemene. Denne frustrasjonen bærer man typisk med seg til neste natt, og i det man legger seg, har man allerede en forventning om at man ikke får sove den natta.

Eksempler på typiske tanker som fører til aktivering og prestasjonsangst, og som kan hemme søvn:

Urealistiske forventninger: Jeg må sove minst sju timer for å fungere dagen etter.

Tvangspregede tanker: Nå MÅ jeg sovne!

Overdrivelser: Hver gang jeg sover dårlig, fungerer jeg dårlig dagen etter.

Katastrofetanker: Søvnløsheten ødelegger livet mitt.

Overgeneraliseringer: Søvnen min er alltid dårlig.

Svart-hvitt-tenkning: Siden jeg ennå ikke har klart å sovne, blir dette en dårlig natt.

Spådommer: Det kommer til å ta minst én time før jeg sovner i natt. Jeg bare vet det.

Håpløshet: Jeg kommer aldri til å få en god natts søvn.

Fordi de negative tankene man har om søvn er med på å vedlikeholde søvnproblemene, er man i kognitiv atferdsterapi opptatt av å utfordre de negative og uhensiktsmessige tankene og erstatte dem med mer realistiske tanker. Første skritt er å identifisere negative tanker og bekymringstanker, hva som utløser disse (utløsende situasjoner) og hva konsekvensene av slike tanker er. Neste skritt er å diskutere holdbarheten i dem og deretter finne mer rasjonelle og hensiktsmessige tanker (Berge et al., 2007).

I arbeidet med å sjekke ut gyldigheten av negative tanker og finne mer nyanserte og konstruktive tanker, er skjemaet Utfordre negative tanker om søvn, som finnes som finnes i vedlegg 3 samt i deltakernes kursbok, et nyttig hjelpemiddel.

For de som har gjennomgått kurslederopplæring i KiD/KiB og er fortrolige med å bruke ABC-modellen, kan ABC-modellen også være nyttig for å identifisere automatiske tanker og antakelser (se vedlegg 4). Mange er ikke bevisst hvilke negative tanker som dukker opp om natta, og det kan være lurt å bruke litt tid på å identifisere disse. Norsk forening for kognitiv terapi har også utarbeidet skrevet «Kontroll over kvernetanker og vedvarende grubling» som kan være til god hjelp og støtte i dette arbeidet.³

³ Tilgjengelig fra: <http://www.kognitiv.no/wp-content/uploads/2014/11/Kontroll-over-kvernetanker-og-vedvarende-grubling.pdf>

3.5 SØVNRESTRIKSJON

Mange som sliter med dårlig søvn kompenserer med å tilbringe lang tid i sengen i håp om å få sove, og i alle fall få noe hvile. Det er ikke uvanlig at personer med rundt fem timers nattesøvn ligger dobbelt så lenge i sengen. Å tilbringe uhensiktsmessig mye tid i sengen regnes som en viktig faktor i opprettholdelse av søvnproblemene.

Søvnrestriksjon (søvnbegrensning) er en behandling for å øke søvneffektiviteten og å gjøre seg mer søvnig gjennom å redusere tiden i sengen til den tiden man faktisk sover. Søvnreguleringen forbedres delvis gjennom mild utsettelse av søvn (søvndeprivasjon) som øker søvnbehovet, og delvis gjennom å påvirke en persons uhensiktsmessige tanker om søvn gjennom paradoksalt å la dem fokusere på nettopp å holde seg våken fremfor å sovne (Bjorvatn, 2013; Jennum et al., 2015; Berge et al., 2007).

Fremgangsmåten i søvnrestriksjon er altså at man begrenser tiden i sengen til det antallet timer man vanligvis sover. Dersom man i snitt sover seks timer i løpet av en natt, skal man bare oppholde seg i senga i seks timer. For å finne ut hvor lang tid man sover, benytter man søvndagboken.

Det anbefales at man bestemmer seg for når man ønsker å stå opp om morgenen, og deretter regner seg tilbake til tidspunkt for leggetid. Hvis den utregnede søvnlengden vist gjennom registrering i søvndagboken er seks timer og man ønsker å stå opp klokka 07, må man legge seg klokka 01. Det er veldig viktig at man står opp til valgt tidspunkt uansett om man har sovet eller ikke (Bjorvatn, 2013).

Behandlingen vil etter hvert gjøre en skikkelig trøtt, fordi man går i søvnunderskudd. Ettersom det kan bli vanskelig å holde seg våken til såpass sent som klokka 01 på en hverdag, er det viktig at man planlegger et program med aktiviteter for kvelden, gjerne noe en trives med å gjøre og som kan motivere for ekstra innsats. For eksempel besøke noen, gå en rolig kveldstur, bake en kake, lese en bok. Etter hvert som man sover bedre, tillates gradvis mer tid i sengen. Det vanligste er å øke med 15 minutter i uka inntil ønsket søvnlengde er oppnådd.

Behandling med søvnrestriksjon er krevende, og metoden stiller store krav til motivasjon og utholdenhet. Ofte forverres søvnen i starten, før bedring inntreffer. Metoden vil for mange kun være mulig å gjennomføre som en del av et behandlingsopplegg, der man får regelmessig oppfølging fra for eksempel frisklivssentralen eller fastlegen. For enkelte kan det være aktuelt at man er delvis sykemeldt en periode. Dette bør drøftes med behandlende lege. Dersom en person er deprimert skal man være forsiktig med å benytte denne metoden.

Forskningsresultater viser at rundt 80 prosent av pasientene får bedre søvn både ved metoden stimuluskontroll og søvnrestriksjon (Bjorvatn, 2013).

UTREGNING AV SØVNEFFEKTIVITET:

Tiden man får oppholde seg i sengen justeres underveis basert på endringer i søvneffektivitet. Søvneffektiviteten regnes ut ved å ta total søvntid delt på tid i sengen, oppgitt i prosent.

Eksempel:

$$\frac{4 \text{ timer søvn}}{8 \text{ timer i senga}} \times 100 \% = 50 \% \text{ søvneffektivitet}$$

En søvneffektivitet på 50 prosent betyr at man er våken halvparten av tiden man er i sengen. Målet er å få en søvneffektivitet på i hvert fall 80-85 prosent. Når man har oppnådd en søvneffektivitet på 80-85 prosent, øker man tiden i sengen med cirka 15 minutter i uka. Er verdien derimot under 80 prosent, fortsetter man uendret inntil søvneffektiviteten stiger. Søvndagboka brukes for å notere ned utviklingen over tid og til å justere søvnlengden etter hvert som søvneffektiviteten øker. Det anbefales at tiden i sengen aldri reduseres til under fem timer (Bjorvatn, SOVno 2013).

3.6 AVSLAPNING

Mange som sliter med å få sove, har et høyt mentalt aktivitetsnivå på kveldene med påtrengende tanker, bekymringer og følelser som gjør det vanskelig å sovne. Stress og bekymringer som vanskeliggjør søvn på grunn av økt fysisk og psykisk aktivering, er blant de hyppigste årsakene til søvnproblemer. Bekymringstanker kan i seg selv bidra til å opprettholde søvnproblemene, mens det å for eksempel se på klokka på natta kan i seg selv føre til stressaktivering.

For å hjelpe kroppen å roe ned, kan det for noen være hjelp i å lære seg en avspenningsteknikk. Både avspenningsteknikker og pusteteknikker kan redusere den fysiske og psykiske aktiveringen ved sengetid og dempe stress og bekymringstanker.

Teknikker kan for eksempel læres gjennom yoga eller meditasjon og mindfulness, eller gjennom selvhjelpslitteratur. Det finnes også mange avspenningsprogrammer med instruksjoner og rolig musikk som kan lastes ned fra nettet eller gjennom apper. Dette kan for eksempel være teknikker som progressiv muskelavslapning, kroppsscanning og pusteanke.

Som vedlegg følger tre metoder som kan brukes for å redusere spennings-tilstander. Ved progressiv muskelavslapning (vedlegg 5) spenner man systematisk ulike muskelgrupper i kroppen før man så slapper av. Herbert Bensons metode for dyp avslapning (vedlegg 6) går ut på å fokusere på et ord som skal gjentas om og om igjen. Dette vil kunne hindre at bekymringer og forstyrrende

tanker når bevisstheten. Vedlegg 7 presenterer en spesiell pusteteknikk som skal øke nivået av karbondioksid i blodet. Det kan ha en avslappende og søvnfremmende effekt (Chóliz, 1995). Man kan oppleve å bli litt svimmel når man utfører øvelsen, men dette er forbigående og helt ufarlig.

Oversikt over de ulike behandlingskomponentene i kognitiv atferdsterapi for insomni (FHI, 2014).

Søvnhygiene	Personen lærer om hvordan søvnen påvirkes av livsstilsfaktorer som fysisk trening, matinntak, alkohol, og hvorfor ulike miljøfaktorer som lys, støy og temperatur er viktige.
Søvnrestriksjon	Søvnrestriksjon er en metode der tillatt tid for opphold i sengen reguleres. Leggetid og når personene må stå opp regnes ut uke for uke basert på pasientens egen søvndagbok. Gjennom reduksjon av søvntid er målet å øke kroppens søvnbehov.
Stimulus-kontroll	Målet med stimuluskontroll er å forhindre aktiviteter som er uforenelige med søvn, som for eksempel å spise eller se på TV i sengen. Personene blir bedt om å gå ut av sengen om de ikke får sove i løpet av 20 min.
Kognitiv terapi	Kognitiv terapi innebærer å identifisere, utfordre og erstatte negative tanker relatert til søvn og søvnmangel med mer realistiske forventninger og tanker om søvn og dagtidsfungering.
Muskel-avslapning	Personen lærer her å gjenkjenne og kontrollere muskelspenninger i kroppen. Personen gis instruksjoner og øvelser på en lenke/app, og blir bedt om å øve hjemme daglig.

3.7 EFFEKTEN AV DE ULIKE BEHANDLINGSKOMPONENTENE

Ikke alle behandlingskomponentene i KAT-I har lik effekt. En nylig systematisk metaanalyse fant at kognitiv restrukturering, søvnrestriksjon og stimuluskontroll var mest fordelaktige for søvnkvalitet. De ulike behandlingskomponentene kan også ha ulike effekter på søvn. Kognitiv restrukturering bidrar til bedre søvnkvaliteten, selv om de kanskje ikke endrer hvor sammenhengende søvnen føles. Søvnrestriksjon hjelper med å redusere tiden man er våken i sengen etter å ha sovnet og øker søvneffektiviteten. Stimuluskontroll bidrar til redusert innsovningstid og forbedrer søvneffektiviteten (Furukawa et al., 2024). Siden voksne med insomni kan ha ulike utfordringer med søvn, kan det anbefales at deltakerne målrettet iverksetter de tiltakene som har størst effekt på deres søvnvansker.

3.8 FOR DEG SOM VIL LESE MER

For mer informasjon anbefales Folkehelseinstituttets nettside Søvn og søvnvansker (fhi.no/fp/sovn) samt på nettsidene til Nasjonalt senter for søvnmedisin, på sovno.no. I tillegg anbefales nettsidene til Norsk forening for kognitiv terapi, kognitiv.no, les om søvnproblemer under fanen Veiledet selvhjelp.

Abonner gjerne på tidsskriftet Søvn. Det er rettet mot helsepersonell, og utgis to ganger årlig av Nasjonal kompetansetjeneste for søvnsykdommer (SOVno). Et abonnement er gratis, og man kan få tilsendt tidsskriftet i trykt versjon, eller som en pdf per e-post ved å henvende seg til sovno@helse-bergen.no.

Det anbefales også å høre på Søvnpodden, SOVno sin podkast for alle som sover, og podcasten Årsak – Virkning, som har flere episoder om søvn. På SOVnos nettside sovno.no finner du også en oversikt over flere aktuelle bøker om søvn.

Filmen om søvnkurset «Sov godt – en mulig vei ut av søvnproblemer», kan sees på [Helsedirektoratet.no](https://helsedirektoratet.no).



For å hjelpe kroppen å roe ned, kan det for noen være hjelp i å lære seg en avspenningsteknikk. Både avspennings-
teknikker og pusteteknikker kan redusere den fysiske og psykiske aktiveringen ved sengetid og dempe stress og bekymringstanker.





Kapittel 4

SØVN PÅ FRISKLIVSSENTRALEN

Søvn er et relativt nytt tema i folkehelsearbeidet, og et utviklingsområde for frisklivssentralene. Mange vil ha god og varig nytte av enkle råd for bedre søvn, og av teknikker som benyttes innenfor kognitiv atferdsterapi. Det anbefales at søvn tas opp som tema i helsesamtalen, og at de som har lettere søvnproblemer får veiledning i hvordan de kan legge til rette for bedre søvnvaner.

To spørsmål om søvn som bør inngå i helsesamtalen:

- Har du ofte (dvs. mer enn tre ganger i uken) problemer med å sovne om kvelden, våkne for tidlig eller sove urolig i løpet av natta?
- Hvis ja: opplever du at dette påvirker hvordan du fungerer i hverdagen?

Hvis svaret på første spørsmål er ja, og svaret på andre spørsmål er dårlig fungering på dagtid, har personen insomni. Isåfall kan han/hun ha nytte av gode råd for bedre søvn og gjerne et søvnkurs. Det kan være nyttig å bruke søvnkortet som en samtalemal.

Sørg for å ha informasjonsmateriell om søvn tilgjengelig på frisklivssentralen. Materialet kan bestilles fra helsedirektoratet.no.

4.1 SØVNKURSET SOV GODT

Søvnkurset er bygget opp litt annerledes enn øvrige kurs som Helsedirektoratet tilbyr frisklivssentralene. Det baserer seg på elementer fra kognitiv atferdsterapi, bærer mer preg av undervisning, og har mindre innslag av motiverende intervju (MI), enn for eksempel Bra Mat- og slutteveilederkurs.



Brosjyren «Sov godt - Gode råd for bedre søvn» beskriver de ulike søvnfasene, hva som påvirker søvnen og hvordan man ved hjelp av enkle grep kan forbedre søvnkvaliteten.



Søvnkortet kan være en god samtalemal for å veilede om søvn og gode søvnvaner.

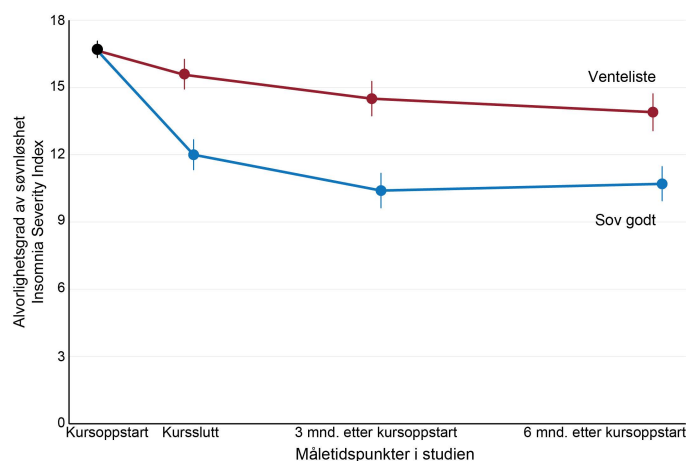
Det er en ambisjon at holdningene i MI utgjør grunnlaget for formidlingen og kommunikasjonen i kurset, men det er ikke lagt opp til aktiv bruk av MI som i de andre kursene. På et søvnkurs som dette har man ofte å gjøre med høyt motiverte personer som har valgt å komme fordi de strever med søvnen og har et sterkt ønske om å forbedre søvnen sin. Dette skiller seg fra de andre kursene på frisklivssentralen, der deltakerne kan være mer ambivalente og delt i sin motivasjon for endring. Et søvnkurs stiller således litt andre, og kanskje litt «mildere», krav til kursleder.

Til kursheftet hører det med en powerpoint-presentasjon som du kan bruke som utgangspunkt. Den kan lastes ned fra helsedirektoratet.no.

4.2 FORSKNINGSPROSJEKTET MEDISINFRI SØVNBEHANDLING I PRIMÆRHELSETJENESTEN

Effekten av søvnkurset Sov godt ble i tidsperioden 2022-2025 evaluert i forskningsprosjektet Medisinfri søvnbehandling i primærhelsetjenesten (Hrozanova et al., 2025). Forskningsprosjektet ble gjennomført som en randomisert kontrollert studie ved 26 frisklivssentraler. Deltakerne ble randomisert og enten satt i en intervensjonsgruppe som gjennomførte søvnkurset Sov godt, eller en kontrollgruppe som ble plassert på venteliste.

Søvnkurset reduserte graden av søvnløshet (se figur), og effekten vedvarte i minst 6 måneder. Deltakelse på kurset reduserte også utmattelse og psykiske plager, forbedret dagtidfunksjon, søvnkvalitet og søvneffektivitet, og førte til mindre våkenhet i løpet av natten. Studien beviste at Sov godt-kurset er egnet som lavterskelbehandling for voksne med søvnløshet.



4.3 MÅLGRUPPE

Søvnkurset «Sov godt» er et kurs for deltakere som strever med insomni eller lettere grader av søvnvansker, og som ønsker å forbedre søvnkvaliteten uten bruk av medikamenter. Det er i utgangspunktet ikke for personer med andre søvnforstyrrelser eller -sykdommer jf 2.4.2. Samtidig vil disse også kunne ha nytte av et søvnkurs.

4.4 RAMMER FOR KURSET

Et søvnkurs bør inneholde fem samlinger som går over 7 uker. Hver samling bør vare omtrent to timer, med et kvarters pause midt i. I tillegg kan det være bra med et oppfølgingstreff ca seks uker etter kurset. Det er en del stoff å gå gjennom, og det tar tid før nye vaner blir etablert og gir resultater.

En gruppe på rundt 10 deltakere kan være en passende gruppestørrelse, men det går også fint med opptil 15 deltakere. Samtidig har også mindre grupper livets rett og kan fungere godt.

FORSLAG TIL GRUPPEREGLER

På gruppemøtene er det gruppa som skal være i fokus. Mobilen bør slås av og legges bort. Det er også viktig at andres spørsmål og kommentarer tas i mot på en god måte slik at alle føler seg trygge nok til å delta.

Taushetsplikt

Å snakke om vaner og uvaner i forbindelse med søvn kan føles privat for mange. Derfor er det viktig at alle har taushetsplikt om det som blir snakket om i gruppa. Deltakerne kan snakke om sine egne reaksjoner og opplevelser til andre utenfor gruppa, men ikke det som blir sagt av andre.

Frammøte

Understrek viktigheten av at hver enkelt bør komme til alle møtene – også av hensyn til de andre deltakerne. Ved å prioritere kurset styrker de dessuten sin egen motivasjon og progresjon. Frafall kan til en viss grad reduseres ved at man tidlig i kurset utarbeider enkle kjøreregler sammen med gruppa. Reglene kan omfatte viktigheten av oppmøte.

Hjemmeoppgaver

Det er viktig at hjemmeoppgavene blir gjort slik at kursets opplegg følges av alle, og ikke minst for at deltakerne skal få økt bevisstheten om sine søvn-vaner og med det kunne få bedre søvn. Det viktigste er utfylling av søvn-dagbok (vedlegg 2), deretter skjema om søvnhygiene (vedlegg 8) og negative antakelser om søvn (vedlegg 9). Dersom gruppa gir uttrykk for å ha stor nytte av slike spørreskjema, kan du sjekke på sovno.no om det er flere som kan være aktuelle for gruppa.

4.4 FORSLAG TIL KURSPLAN

Under følger et forslag til hvordan et søvnkurs på fire møter kan gjennomføres. Powerpointpresentasjonen som er utarbeidet til kurset og ligger på helsedirektoratet.no, følger dette oppsettet. Temaet avslapning er ikke lagt inn i malen. Noen som holder søvnkurs velger å avslutte hvert møte med en avspenningssekvens, mens andre anbefaler teknikker som deltakerne kan bruke hjemme. Se vedleggene 5–7.

Kursdag	Innhold
1.	Introduksjon Kognitiv atferdsterapi for søvnløshet Innføring søvndagbok, kartlegging ved kursoppstart Hjemmeoppgaver Søvndagbok
2.	Søvnrestriksjon og stimuluskontroll • Utregning (gjennomsnitt og søvneffektivitet) • Søvnvindu = søvnrestriksjon Hjemmeoppgaver Søvndagbok, søvnrestriksjon, skjema søvnvaner
3.	Oppfølging søvnrestriksjon Søvnhygiene Hjemmeoppgaver Søvndagbok, søvnrestriksjon og skjema Negative antakelser om søvn
4.	Oppfølging søvnrestriksjon og holdninger til søvn Mentale strategier Hjemmeoppgaver Søvndagbok, søvnrestriksjon og skjema Utfordre negative tanker
5.	Oppfølging søvnrestriksjon Oppsummering og avslutning • Vanlige utfordringer, forebygging av tilbakefall • Hvordan avslutte behandling Kartlegging ved kursslutt

1. MØTE

På det første møtet skal både kurset, kursleder og kursdeltakerne introduseres. Bruk første møte til å etablere en felles forståelse for hvordan man deler tanker og erfaringer, dette vil kunne skape grobunn for dialog.

Fortell generelt om søvnvansker og søvn ved hjelp av powerpointen, og normaliser det å sove dårlig i blant. Ta en gjennomgang av de ulike behandlingskomponentene i kognitiv atferdsterapi for insomni. Vis gjerne en kort videosnutt fra filmen «Sov godt – en mulig vei ut av søvnproblemer» eller søvnfilmen «Sov godt – gode søvntips» som du finner på Youtube.

For å forbedre søvnen starter man gjerne med en grundig kartlegging for å lære seg om søvnen sin og eventuelle uheldige vaner. Neste steg for dem vil være å legge til rette for bedre rutiner, men også å lære å akseptere at søvn kan være av ulik kvalitet fra natt til natt.

Del ut «Min søvnbok» (skrives fra helsedirektoratet.no), og gå gjennom utfylling av søvndagbokskjemaet i plenum. Beskriv tydelig hvordan og hvorfor det er viktig at deltakerne fyller ut skjemaet så grundig de klarer til neste møte. Dette er godt beskrevet på side 9 i kursboka.

Sett av siste ti minutter til utfylling av kartleggingsskjemaet (vedlegg 10). Etter at kursdeltakerne har fylt ut skjemaene, samler du dem inn og tar vare på dem.

Hjemmeoppgave til neste gang er utfylling av søvndagbok i 14 dager.

Instruksjoner til bruk av skjemaet søvndagbok

De tre første spørsmålene fylles ut om kvelden før sengetid, mens de andre spørsmålene besvares om morgenen rett etter at man har stått opp. Søvndagboka fylles ut hver dag.

Det er vanskelig å vite nøyaktig hvor lang tid det tar å sovne, og hvor lenge man er våken om natta. Når dagboken likevel inneholder slike spørsmål er det fordi man ønsker at du prøver å gi et anslag på disse tidene. Man skal unngå å se på klokka om natta. Hvis det har skjedd noe spesielt om nettene, noteres dette (sykdom, telefonoppringing o.l.).



SØVNDAGBOK UKE 1

Spørsmål 1-3 fylles ut før sengetid, resten av skjemaet fylles ut om morgenen.
Husk å notere dato.

Dato	Eksempel	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag
1. Hvordan har du fungert på dagtid? 1 = veldig bra, 2 = bra, 3 = middels, 4 = dårlig, 5 = veldig dårlig	1/10							
2. Har du tatt en eller flere blunder i løpet av dagen? Notér tidspunktene for alle blundene.	4							
3. Har du tatt sovemedisin og/eller alkohol som hjelp til å sove? Notér medikament og dose, samt evt alkoholinntak.	16:00-16:30 og 18:15-18:30							
4. Når gikk du til sengs? Når skrudde du av lyset?	5 mg limovane 1 glass rødvin							
5. Hvor lang tid tok det fra lyset var skrudd av til du sovnet?	22.30 23.00							
6. Hvor mange ganger våknet du i løpet av natten?	45 min							
7. Hvor lange var oppvåkingsperiodene? Oppgi antall minutter for hver oppvåkning.	3							
8. Når våknet du opp om morgenen uten å få sove igjen? Notér tidspunktet for din endelige oppvåkning.	15, 30, 80							
9. Når stod du opp?	06.15							
10. Hvordan var siste natts søvn totalt sett? 1 = veldig lett, 2 = lett, 3 = middels, 4 = dyp, 5 = veldig dyp	06.40							
	1							

KILDE: BJØRVATN, B. NASJONAL KOMPETANSETJENESTE FOR SØVNSYKDOMMER (SOVNO)

KILDE: B. BJØRVATN, NASJONAL KOMPETANSETJENESTE FOR SØVNSYKDOMMER (SOVNO)

Her følger litt hjelp til å fylle ut hvert enkelt spørsmål. Et eksempel på utfylling er også gitt i kursboka.

1. **Kvalitet på dagen:** Bruk skalaen i søvndagboken til å angi hvordan du fungerte i løpet av dagen.
2. **Blund:** Alle søvnperioder utenom nattesøvnen noteres, også om blundene var ufrivillige. Hvis du for eksempel sovnet foran fjernsynet i 10 minutter, noterer dette.
3. **Hjelp til å sove:** Ta med alle former for sovemidler, også de uten resept. Alkoholinntak spesielt brukt som sovemiddel, noteres også.
4. **Sengetid:** Dette er tiden du går til sengs og faktisk skrur av lysene. Hvis du legger deg kl. 22.45, men skrur av lysene først kl. 23.15, skal begge tids punktene noteres.
5. **Innsøvnningtid:** Gi ditt beste anslag over hvor lang tid du tok på å sovne etter at du hadde skrudd av lyset.
6. **Antall oppvåkninger:** Dette er antall nattlige oppvåkninger som du husker.
7. **Varigheten av oppvåkningene:** Angi så godt du kan hvor lenge du var våken i hver av de nattlige oppvåkningene. Hvis dette er umulig, angi cirka hvor lenge du tror du var våken totalt sett i løpet av natta. Ta ikke med tiden det tok fra du våknet til du stod opp, siden det går fram av de neste spørsmålene.
8. **Våkenhet om morgenen:** Her noteres tidspunktet du våknet opp om morgenen uten å få sove igjen. Hvis du våknet kl. 04.00 og ikke sovnet etterpå, noteres dette tidspunktet. Hvis du imidlertid våknet 04.00, men sov en kort periode (f.eks. fra 06.00 til 06.20), noteres 06.20.
9. **Tidspunktet du stod opp:** Her noteres det tidspunktet du stod opp for godt den morgenen.
10. **Søvnkvalitet:** Bruk skalaen i søvndagboken til å angi hvordan du opplevde kvaliteten på nattesøvnen.

Kursdeltakerne kan gjerne oppfordres til å føre søvndagbok hele kurset. Det er bra for bevisstgjøring og læring. Deltakerne bør minimum fylle ut i to uker. For dem som skal benytte metoden søvnrestriksjon, er det viktig å bruke søvndagboka hele kurset

Til neste gang skal de også oppfordres til å fylle ut skjemaet Søvnhygiene i kursboka (se vedlegg 8).

2. MØTE

Start med å ta en runde over hva slags erfaringer deltakerne har hatt med søvndagboka. Hva gikk greit, hva var ev mindre greit? Noen aha-opplevelser?

Dagens hovedtema er 1) Søvnrestriksjon og 2) Stimuluskontroll. I powerpoint-presentasjonen er det forslag til hvordan dette kan gjennomgås. Samlingen innebærer utregning av søvnvindu basert på dataene fra søvndagboken, og gjennomgang av stimuluskontroll.

Søvnrestriksjon iverksettes sammen med stimuluskontroll. Dette kan være krevende å gjennomføre, men er også svært effektivt. Informer deltakerne om at det blir ved hver neste samling satt av tid til oppfølging av søvnrestriksjon og justering av søvnvindu. For deltakere som ønsker å gjennomføre denne metoden vil det være behov for individuell oppfølging i etterkant av søvnkurset.

Hjemmeoppgave til neste gang er utfylling av søvndagbok i 7 dager, iverksetting av søvnrestriksjon og stimuluskontroll, og utfylling av søvnhygieneskjemaet i kursboka (forberedelse til neste gang).

3. MØTE

Start med en runde over nye erfaringer i uka som har gått. Hvordan gikk det med iverksetting av søvnrestriksjon og omlegging av de nye vanene etter prinsipper av stimuluskontroll? Fikk de det til? Har de merket noen effekt på søvnen?

Hva har de lært om egne søvnvaner gjennom utfylling av Søvnhygieneskjemaet? Har noen allerede bestemt seg for hvilke endringer de vil forsøke å gjennomføre først?

Dagens hovedtema er søvnhygiene og gode søvnvaner. Dette er råd alle bør følge for å lage så gode betingelser for god søvn som mulig, men folk har ulike utfordringer, så enkelte råd vil nok være viktigere enn andre.

Normaliser at det kan være vanskelig å endre vaner.

Etter foredraget kan det være hensiktsmessig å se på Søvnhygieneskjemaet og ta en summing to og to om hvilke vaner man bør endre ut fra ny kunnskap. De nye vanene kan gjerne legges fram i plenum.

Hjemmeoppgave til neste gang er utfylling av søvndagbok i 7 dager, å fortsette med søvnrestriksjon og stimuluskontroll, samt utfylling av skjemaet Negative antakelser om søvn i kursboka. I tillegg må deltakerne oppfordres til å ta omlegging av vaner på alvor.

Skjemaet om negative antakelser fungerer som en forberedelse til neste gang, hvor det skal dreie seg om hvordan våre holdninger til søvn faktisk påvirker den i enten negativ eller positiv retning, og hva vi kan gjøre for å påvirke dette kognitivt.

4. MØTE

Start med en runde over nye erfaringer i uka som har gått. Hvordan gikk det med iverksetting av søvnrestriksjon og omlegging av de nye vanene etter prinsipper av stimuluskontroll? Fikk de det til? Har de merket noen effekt på søvnen? Hjelp deltakerne løse utfordringene knyttet til disse tiltakene.

Etter startrunden kan dere «utfordre negative tanker» i plenum. I tillegg til å være nyttig og oppklarende, fungerer det fint som en repetisjon av stoffet man har vært gjennom så langt i kurset.

Skjemaet om negative antakelser er først og fremst ment å være bevisstgjørende. Du kan ev. gå gjennom skjemaet. Til punkt 1 på lista kan man f.eks. si at behovet for søvn er individuelt og at man kan fungere bra også etter en dårlig natts søvn.

Hjemmeoppgave til neste gang er utfylling av søvndagbok i 14 dager, å fortsette med søvnrestriksjon og stimuluskontroll, samt utfylling av skjemaet Utfordre negative tanker om søvn i kursboka.

5. MØTE

Start med en runde over nye erfaringer i uka som har gått. Hvordan gikk det med iverksetting av søvnrestriksjon og omlegging av de nye vanene etter prinsipper av stimuluskontroll? Fikk de det til? Har de merket noen effekt på søvnen? Hjelp deltakerne løse utfordringene knyttet til disse tiltakene.

Det kan være nyttig å snakke om hvilke endringer som er gjort og hvilken effekt det har hatt. Er det kanskje flere endringer de vil gjøre? Sammenlign utfylling av søvndagbok fra første kursdag til dette siste møtet. Hvordan skal de la søvnvanskene ta mindre plass i livet fremover?

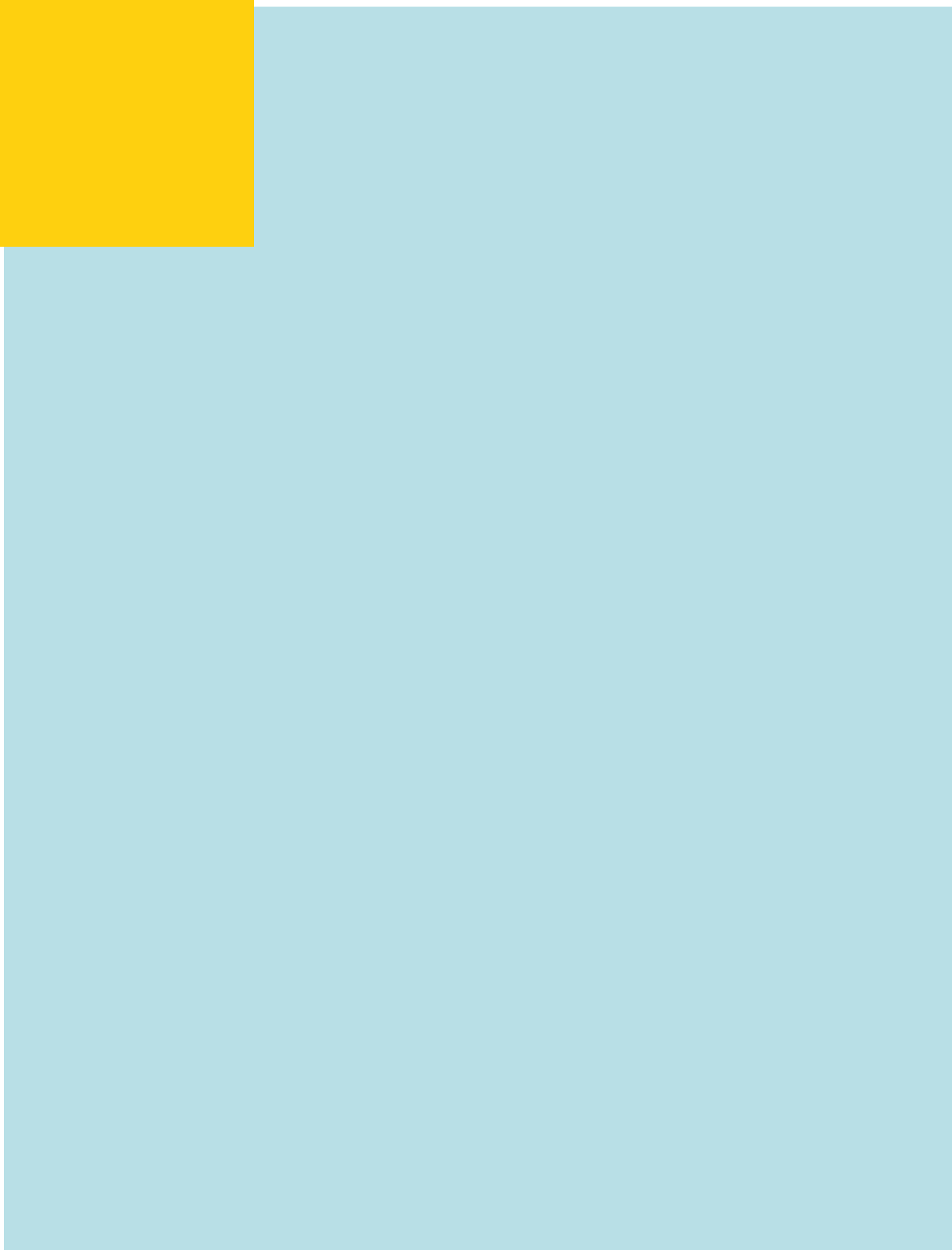
Understrek at selv om kurset er ved veis ende, gjenstår det sannsynligvis en del jobb videre hos den enkelte, med å videreføre de verktøyene de nå har fått gjennom kurset. Gjerne snakke om endring/endringsprosessen og veien videre.

Spør gjerne deltakerne hva de har behov for nå på siste kursdag, og innrett møtet ut fra det om det passer.

Sett av siste 10 minutter til utfylling av kartleggingsskjemaet (vedlegg 11). Etter at kursdeltakerne har fylt ut skjemaene, samler du dem inn og tar vare på dem. Sammenligningen av de to kartleggingene gjort ved henholdsvis starten og slutten av kurset, kan være et bra utgangspunkt ved en eventuell oppfølging. Kartleggingen fungerer som en evaluering av kurset, og bør tas vare på ved frisklivssentralen.



Søvnkurset «Sov godt» er et kurs for deltakere som strever med insomni eller lettere grader av søvnvansker, og som ønsker å forbedre søvnkvaliteten uten bruk av medikamenter.



Kapittel 5

SKJEMA OG VEDLEGG

1: SOVEMEDISINER

SOVEMEDISINER

På kort sikt fungerer sovemedisiner godt for mange, men effekten forsvinner ofte etter bare noen få ukers bruk. Den dype søvnen forstyrres, og mange føler seg mindre opplagt dagen etter. Undersøkelser viser at åtte av ti som har brukt sovemedisin ville foretrukket annen behandling. Mange vil oppleve en forverring av søvnvanskene når man forsøker å kutte bruken av sovemedisiner etter lang tids behandling, men en slik forverring varer kun en uke eller to, og etter dette vil søvnen være tilsvarende som da man gikk på sovemedisiner. Det er bred konsensus om at sovemedisiner ikke skal brukes sammenhengende i mer enn 3–4 uker, både på grunn av manglende effekt, risikoen for avhengighet, og bivirkninger. Likevel er det i dag generell enighet om at sovemedisiner må benyttes med forsiktighet og om mulig unngås hos dem som lider av kronisk insomni (FHI 2016).

Sovemedisiner kan deles inn i :

- **Benzodiazepiner** som forkorter innsovningstiden og øker søvn lengden. Har også muskelavslappende og angstdempende effekt. Bør brukes i korte perioder. Om man imidlertid benytter benzodiazepiner sammenhengende over lengre tid, rapporterer ofte pasientene både bieffekter og tilbakefall av symptomer, og rundt hver tredje som bruker benzodiazepin blir avhengige av medikamentet (FHI 2016).
- **Benzodiazepinlignende midler (z-hypnotika)** som forkorter innsovnings-tiden og har relativt kort virketid. Forlenger også søvnens varighet og minsker antall nattlige oppvåkninger. Nyere sovemedisiner som ikke er basert på benzodiazepiner, som f.eks. Zopiclone og Zolpidem har vist seg å være vel så effektive som benzodiazepiner. Disse medikamentene har også færre bivirkninger sammenlignet med benzodiazepiner, og de endrer ikke dybden på søvnen i samme grad som de eldre medisinene.
- **Antihistaminer (Vallergan)** virker søvndyssende og øker søvn lengden.
- **Melatonin (Melatonin og Circadin)** virker på en annen måte enn de tradisjonelle sovemidlene, og antas å være mer eller mindre «bivirkningsfri». I Norge er melatonin reseptbelagt, og finnes i to varianter. Vanlig melatonin, det vil si melatonin i vanlig kapsel eller tablett, er på registreringsfritak, noe som betyr at legen må søke preparatet til hver enkelt pasient på et spesielt skjema (ikke vanlig resept). I 2008 ble Circadin (depot-melatonin, det vil si at melatonin frisettes

langsomt over mange timer) tilgjengelig på vanlig hvit resept i Norge. Vanlig melatonin benyttes i hovedsak ved døgnrytmeforstyrrelser, mens circadin er indisert ved insomni (søvnløshet) hos personer som er 55 år eller eldre. Medisinen anbefales ikke for barn og unge under 18 år på grunn av utilstrekkelig kunnskap om effekt og sikkerhet.

ALKOHOL

Alkohol anbefales ikke som sovemedisin. Alkohol kan bidra til at man sovner raskere, men kvaliteten på søvnen blir svekket. Det vil si at man får mindre dyp søvn, noe som gjør at man føler seg mindre opplagt dagen etter.

2: SØVNDAGBOK

SØVNDAGBOK UKE

Spørsmål 1–3 fylles ut før sengetid, resten av skjemaet fylles ut om morgenen.
Husk å notere dato.

	Eksempel
Dato	1. mars
1. Hvordan har du fungert på dagtid? 1 = veldig bra, 2 = bra, 3 = middels, 4 = dårlig, 5 = veldig dårlig	4
2. Har du tatt en eller flere blunder i løpet av dagen? Notér tidspunktene for alle blundene.	16:00–16:30 og 18:15–18:30
3. Har du tatt sovemedisin og/eller alkohol som hjelp til å sove? Notér medikament og dose, samt ev. alkoholinntak.	5 mg lnothane 1 glass rødvin
4. Når gikk du til sengs? Når skrudde du av lyset?	22.30 23.00
5. Hvor lang tid tok det fra lyset var skrudd av til du sovnet?	45 min
6. Hvor mange ganger våknet du i løpet av natten?	3
7. Hvor lange var oppvåkingsperiodene? Oppgi antall minutter for hver oppvåkning.	15, 30, 80
8. Når våknet du opp om morgenen uten å få sove igjen? Notér tidspunktet for din endelige oppvåkning.	06.15
9. Når stod du opp?	06.40
10. Hvordan var siste natts søvn totalt sett? 1 = veldig lett, 2 = lett, 3 = middels, 4 = dyp, 5 = veldig dyp	1

KILDE: BJØRVATN, B. NASJONAL KOMPETANSETJENESTE FOR SØVNSYKDOMMER (SOVNO)

[illegible]

3: UTFORDRE NEGATIVE TANKER OM SØVN

UTFORDRE NEGATIVE TANKER OM SØVN

Tanker som forstyrrer søvn	Alternative tanker / tanker som fremmer søvn
Urealistiske forventninger: - Jeg burde sove godt hver natt som alle andre. - Jeg må sove minst 7 timer hver natt for å fungere på jobb og sosialt.	<i>Mange sliter med søvnen fra tid til annen. Det er helt normalt. Det er ingen krise om jeg ikke får sove syv timer, jeg fungerer fint om jeg sover mindre enn dette også.</i>
Overdrivelser: - Hver gang jeg sover dårlig, fungerer jeg elendig dagen etter. - Hver natt er like ille.	
Overgeneraliseringer: - Søvnen min er alltid dårlig. - Hver gang jeg er forkjølet sover jeg dårlig.	<i>Hver natt er ikke like ille. Noen netter sover jeg ganske bra.</i>
Katastrofetanker: - Hvis jeg ikke får sove, kommer jeg til å bli syk. - Søvnløsheten ødelegger livet mitt.	
Håpløshet: Jeg kommer aldri til å sove godt.	<i>Jeg kommer til å sove mye bedre hvis jeg klarer å slappe av og ikke stresse og bekymre meg så mye over søvnen.</i>
Spådommer: - Det kommer til å ta minst én time før jeg sovner i natt. Jeg bare vet det. - Hvis jeg ikke får sove nok kommer alle til å se det på meg på jobb i morgen.	
Svart-hvitt-tenkning: - Hvis ikke jeg får sove nå, kommer jeg aldri til å få sove. - Det er ingen jeg kjenner som sliter med søvn. - Alle andre ser opplagte ut.	

Egne eksempler på forstyrrende og alternative tanker

[illegible]

Følelse (C)	Alternative tanker til B
Flau, urolig, fortvilet	• Det er ikke sikkert det er så mange som legger merke til det • Sikkert noen andre som også har sovet dårlig • Hjelper med en dusj og litt frisk luft • Det er ikke så farlig om noen ser det, alle kan ha en dårlig natt søvn • Kanskje det er bedre å gå på jobb å få tankene over på noe annet

5: PROGRESSIV AVSLAPNINGSTRENING

PROGRESSIV AVSLAPNINGSTRENING (PRT)

Denne metoden kalles progressiv muskel avslappings trening (PRT) og består av spenning og avslapning av muskelgrupper i kroppen. Hensikten er å fremme avslapning og dette inntreffer etter at spenningen er forløst. En sterk muskel-spenning kan gi en dyp avslapning i etterkant, som en pendel som svinger høyt til begge sider. Du vil bli bedt om å konsentrere deg om følelsene som følger med spenning og avslapning; følelser som du til nå gjerne har tatt for gitt. Det er 16 muskelgrupper som skal spennes og avspennes i denne øvelsen, og det tar 20-30 minutter å fullføre hele sekvensen. Når du spenner en muskelgruppe skal du holde spenningen i ca. 5-7 sekunder, mens den etterfølgende avslapningen holdes i bortimot 30 sekunder.

1. Knytt høyre hånd så hardt du kan. Kjenn spenningen i hånden og underarmen. Slapp av.
2. Press så høyre albue ned i armlenet/madrassen, og kjenn spenningen i overarmen. Slapp av.
3. Knytt venstre hånd så hardt du kan. Kjenn spenningen i hånden og underarmen. Slapp av.
4. Press så venstre albue ned i armlenet/madrassen, og kjenn spenningen i overarmen. Slapp av.
5. Hev øyenbrynene så mye du klarer. Slapp av.
6. Skjele med øynene så mye du kan, og rynke så mye du klarer på nesen. Slapp av.
7. Bit tennene sammen så mye du klarer, og trekk munnvikene så langt bak de kommer. Slapp av.
8. Press haken ned mot brystet, samtidig som du bruker nakkemusklene får å hindre at haken tar borti brystet. Slapp av.
9. Trekk pusten dypt og hold den, samtidig så du trekker skulderbladene sammen ved å prøve å få skulderbladene til å møtes. Slapp av.
10. Spenn magemusklene ved å gjøre magen så hard som du kan. Slapp av.

- 11.** Spenn lårmusklene i høyre fot, samtidig som du motvirker ved musklene på undersiden av låret slik at benet ikke beveger seg. Slapp av.
- 12.** Press tærne på høyre fot oppover mot hodet ditt. Kjenn spenningen i leggmusklene. Slapp av.
- 13.** Snu fotbladet innover og bøy tærne på høyre fot nedover. Kjenn spenningen på undersiden av fotbladet. (NB! Ikke ta i alt du kan på denne muskelgruppen). Slapp av.
- 14.** Spenn lårmusklene i venstre fot, samtidig som du motvirker ved musklene på undersiden av låret slik at benet ikke beveger seg. Slapp av.
- 15.** Press tærne på venstre fot oppover mot hodet ditt. Kjenn spenningen i leggmusklene. Slapp av.
- 16.** Snu fotbladet innover og bøy tærne på venstre fot nedover. Kjenn spenningen på undersiden av fotbladet. (NB! Ikke ta i alt du kan på denne muskelgruppen). Slapp av.

KILDE: BERNSTEIN, D. A., & BORKOVEC, T. D. (1973). PROGRESSIVE RELAXATION TRAINING. A MANUAL FOR THE HELPING PROFESSIONS. CHAMPAIGN, IL: RESEARCH PRESS

Hentet fra sovno.no

6: HERBERT BENSONS METODE FOR DYP AVSLAPNING

HERBERT BENSONS METODE FOR DYP AVSLAPNING

- Sett deg, eller legg deg ned, i en god og behagelig stilling.
- Lukk øynene.
- Slapp godt av i alle muskler. La avslapningen komme litt etter litt, begynn med bena; la så avslapningen få bre seg til resten av kroppen, helt opp til ansikt og hode. Forbli avslappet.
- Pust gjennom nesen. Legg merke til pusten. Hver gang du puster ut, så si til deg selv ordet «EN», langsomt og rolig. Slik: inn ... ut: «EN», inn ... ut: «EN», osv. Pust rolig og naturlig.
- Fortsett slik i 10-20 minutter. Når du er ferdig, kan du ligge stille og rolig noen minutter - med øynene lukket.
- Prøv å ikke bry deg om hvordan avslapningen blir. Prøv bare å innta en passiv holdning og la avslapningen skje i sin egen takt.
- Dersom det dukker opp forstyrrende tanker av noe slag, skal du bare prøve å ignorere dem, ikke dvele ved dem, men bare fortsette med å gjenta ordet «EN». Med litt øvelse vil avslapningen inntre uten noen anstrengelse fra din side.
- Øv på denne metoden en til to ganger om dagen, men ikke før det har gått minst to timer etter et måltid - for fordøyelsesprosessen kan lett bidra til å forstyrre avslapningsresponsen. Når du føler du mestrer metoden kan du prøve den i forbindelse med vansker i sovesituasjonen.

BASERT PÅ H. BENSON: THE RELAXATION RESPONSE. LONDON: WILLIAM COLLINS & SONS, 1976.

Hentet fra sovno.no

7: PUSTEØVELSE FOR SØVNIGHET

PUSTEØVELSE FOR SØVNIGHET

- Legg deg på ryggen i en avslappet posisjon med hode i samme høye som kroppen eller lavere.
- Lukk øynene dine.
- Pust inn rolig. Pust ikke inn for dypt. Pust ut all luft. Gjenta dette tre ganger.
- Etter tredje utpusting der du puster ut all luft, hold pusten så lenge du kan uten å puste ytterligere inn. Pust så rolig tre ganger og hold pusten igjen ved slutten av tredje utpust.
- Når du har utført denne sekvensen fra fem til åtte ganger vil du føle behov for å puste normalt, og du vil føle deg avslappet og søvnig. Du kan da puste rolig og normalt.

KILDE: CHÓLIZ, P. (1995). A BREATHING-RETRAINING PROCEDURE IN TREATMENT OF SLEEP-ONSET INSOMNIA: THEORETICAL BASIS AND EXPERIMENTAL FINDINGS. PERCEPTUAL AND MOTOR SKILLS, 80, 507-513.

Hentet fra sovno.no

8: SØVNHYGIENE/ SLEEP HYGIENE INDEX

SØVNHYGIENE/SLEEP HYGIENE INDEX

Sett kryss i den ruten for hver påstand som passer best for deg.

1. Jeg tar blunder på dagtid som varer i to timer eller mer.
2. Jeg legger meg på ulike tidspunkt fra dag til dag.
3. Jeg står opp på ulike tidspunkt fra dag til dag.
4. Jeg trener slik at jeg blir svett i løpet av den siste timen før jeg legger meg.
5. Jeg oppholder meg lengre i sengen enn jeg burde to eller tre ganger i uken.
6. Jeg bruker alkohol, tobakk eller koffein i løpet av de siste 4 timene før jeg legger meg eller etter at jeg har lagt meg.
7. Jeg gjør ting som kan gjøre meg våken før leggetid (for eksempel: bruker nettbrett, rydder).
8. Jeg går til sengs når jeg føler meg stresset, sint, «er ute av meg» eller nervøs.
9. Jeg bruker sengen min til andre ting enn søvn og sex (for eksempel: se TV, lese, spise).
10. Jeg sover i en ukomfortabel seng (for eksempel: dårlig madrass eller pute).
11. Jeg sover i et ukomfortabelt soverom (for eksempel: for lyst, overfylt, for varmt, for kaldt, for bråkete).
12. Jeg gjør viktig arbeid før jeg går til sengs (for eksempel: betaler regninger, planlegger eller studerer).
13. Jeg tenker, planlegger eller bekymrer meg når jeg er i sengen.

KILDE: MARTIN, D. F. BRYSON, J. B., & CORWYN, R. (2006). ASSESSMENT OF SLEEP HYGIENE USING THE SLEEP HYGIENE INDEX. JOURNAL OF BEHAVIORAL MEDICINE, 29, 223-227. TIL NORSK VED IDALILL UDNES, TORIL JOHANSEN, TOM LILLEHOLT OG STÅLE PALLESEN.

Alltid	Ofte	Noen ganger	Sjelden	Aldri
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐

9: NEGATIVE ANTAKELSER OM SØVN / DYSFUNCTIONAL BELIEFS AND ATTITUDES ABOUT SLEEP

NEGATIVE ANTAKELSER OM SØVN / DYSFUNCTIONAL BELIEFS AND ATTITUDES ABOUT SLEEP

Nedenfor gis flere påstander som reflekterer folks tro og holdninger om søvn. Vennligst angi i hvilken grad du personlig er enig eller uenig i disse påstandene. Det finnes ikke noe rett eller galt svar.

1. Jeg trenger åtte timer med søvn for å føle meg uthvilt og fungere bra om dagen.
2. Hvis jeg ikke får tilstrekkelig med søvn om natten, trenger jeg å ta igjen det tapte i form av høneblunder på dagtid eller ved å sove lenger neste natt.
3. Jeg er bekymret for at langvarige søvnproblemer vil ha alvorlige konsekvenser for den fysiske helsen min.
4. Jeg er redd for at jeg skal miste kontrollen over min evne til å sove.
5. Jeg vet at en natt med dårlig søvn vil påvirke mine daglige gjøremål neste dag.
6. For å være våken og fungere bra om dagen, er jeg bedre tjent med å ta en sovetablett enn å ha en natt med dårlig søvn.
7. Når jeg er irritabel, deprimert eller engstelig om dagen, skyldes det i hovedsak at jeg har sovet dårlig natten før.
8. Når jeg sover dårlig en natt, forstyrrer det søvnmonsteret mitt en hel uke framover.
9. Uten en natt med god søvn, kan jeg nesten ikke fungere neste dag.
10. Jeg kan aldri forutsi om jeg vil få en god eller dårlig natt med søvn.
11. Jeg har liten mulighet til å håndtere de negative konsekvensene av forstyrret søvn.
12. Når jeg er trett, mangler energi, eller bare fungerer dårlig om dagen, skyldes det generelt sett at jeg ikke sov godt natten før.
13. Jeg tror at søvnproblemer i hovedsak er et resultat av kjemisk ubalanse i hjernen.
14. Jeg føler at søvnproblemer ødelegger min mulighet til å nyte livet og hindrer meg i å gjøre det jeg vil.
15. Medisiner er sannsynligvis den eneste løsningen på søvnløshet.
16. Jeg unngår og avlyser avtaler (sosialt, familiært, yrkesmessig) etter en natt med dårlig søvn.

KILDE: MORIN CM; VALLIÈRES A; IVERS H. DYSFUNCTIONAL BELIEFS AND ATTITUDES ABOUT SLEEP (DBAS): VALIDATION OF A BRIEF VERSION (DBAS-16). SLEEP 2007;30(11):1547-1554. TIL NORSK VED NORSK FORENING FOR KOGNITIV TERAPI.

M SØVN/ D ATTITUDES ABOUT SLEEP

[illegible]

10: KARTLEGGING VED KURSSTART

Dato:

Sosiodemografi

Alder:

Kjønn?

☐

Mann

☐

Kvinne

☐

Ønsker ikke å oppgi

Har du fullført høyere utdanning
(bachelor-, master-, eller doktorgrad)?

☐

Ja

☐

Nei

Er du i full jobb?

☐

Ja

☐

Nei

Helse

Hvor mye koppslige smerter har du hatt den siste uken?

Ingen smerte

Verst tenkelige smerte

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Har du vært plaget med smerter i muskler og ledd sammenhengende i minst tre måneder
i løpet av det siste året?

☐

Ja

☐

Nei

Hopkins Symptom Checklist-5

Har du vært plaget av noe av dette de siste 14 dagene?

	ikke plaget	litt plaget	ganske plaget	veldig plaget
Vært stadig redd og engstelig	1	2	3	4
Følt deg anspent eller urolig	1	2	3	3
Følt håpløshet når du tenker på fremtiden	1	2	3	4
Følt deg nedfor eller trist	1	2	3	4
Bekymret deg for mye om forskjellige ting	1	2	3	4

Søvn Insomnia Severity Index

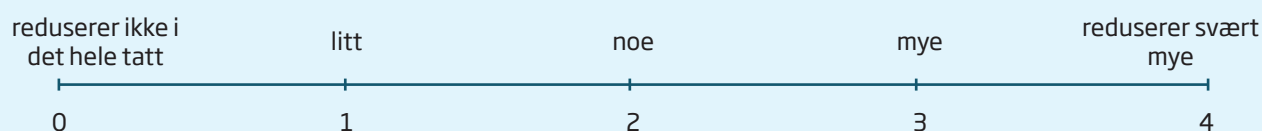
1. Beskriv den nåværende (dvs. siste to uker) alvorlighetsgraden av følgende søvnproblemer.

	ingen	milde	moderate	store	svært store
Vansker med å sovne	0	1	2	3	4
Vansker med å forbli sovende	0	1	2	3	4
Problemer med for tidlig oppvåkning	0	1	2	3	4

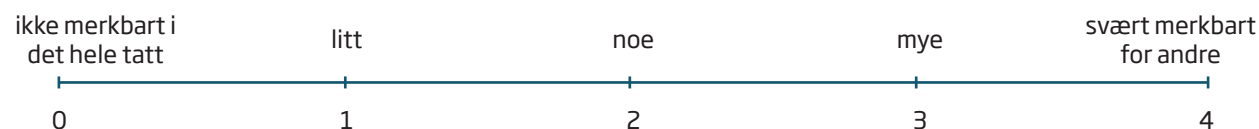
2. Hvor fornøyd/misfornøyd er du med ditt nåværende søvnmønster på følgende skala?



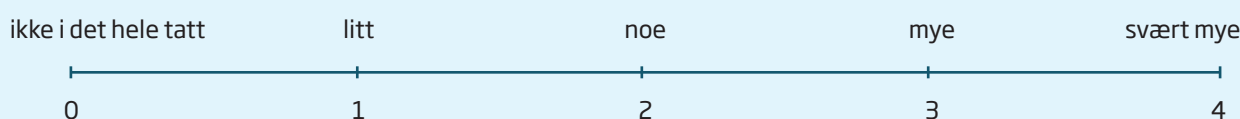
3. I hvor stor grad opplever du at søvnproblemene dine reduserer funksjonsevnen din i hverdagen (f. eks. utslitt på dagtid, evne til å fungere på jobb, daglige gjøremål, konsentrasjon, hukommelse, humør osv.)?



4. Hvor synlig tror du det er for andre at du har søvnproblemer som svekker din livskvalitet?



5. Hvor bekymret/engstelig er du for ditt nåværende søvnmønster?



Andre søvnrelaterte spørsmål

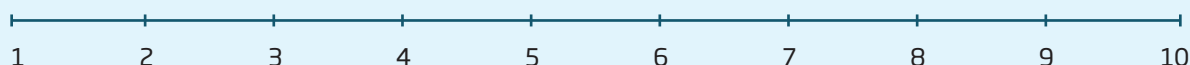
Hvor mange timer i snitt har du sovnet i løpet av den siste uka?

Antall timer:

Vurder søvnkvaliteten din den siste uka.

Veldig dårlig

Veldig bra



Hvor fornøyd er du med søvnen din den siste uka?

Svært misfornøyd

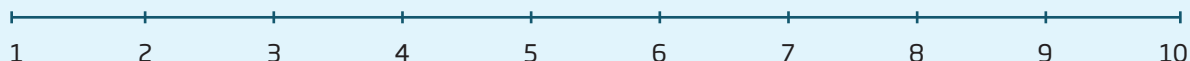
Svært fornøyd



Hvor bekymret er du over søvnen din den siste uka?

Ikke bekymret i det hele tatt

Svært bekymret



Har du i løpet av den siste uka tatt sovemedisin som hjalp deg til å sove?

☐

Nei

☐

Ja (kryss av for medisiner)

Reseptbelagte sovemedisiner

☐ Circadin

☐ Imovane

☐ Sobril

☐ Annet: _____

Søvnpreparater uten resept

☐ Melatonin

☐ Valeriana

I hvor mange år har du hatt søvnproblemer?

Antall år:

Vurder døgnrytmen din i løpet av de siste tre månedene

Jeg har i løpet av de siste tre måneder hatt problemer med å sovne tidlig nok om kveldene

☐ Ja

☐ Nei

Jeg har i løpet av de siste tre måneder hatt problemer med å våkne tidlig nok om morgenene

☐ Ja

☐ Nei

I løpet av de siste tre måneder kan jeg sove til langt utover dagen dersom jeg ikke blir vekket

☐ Ja

☐ Nei

Dersom jeg går inn for det vil jeg klare å legge meg tidligere, sovne tidligere og våkne tidligere enn det jeg vanligvis gjør

☐ Ja

☐ Nei

Har du fått diagnosen søvnapne?

☐

Nei

☐

Ja (kryss av for hjelpemiddel)

☐ CPAP

☐ BiPAP

☐ Søvnapneskinne

11: KARTLEGGING VED KURSSLUTT

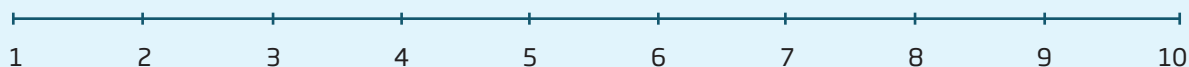
Dato:

Helse

Hvor mye kroppslige smerter har du hatt den siste uka?

Ingen smerte

Verst tenkelige smerte



Har du vært plaget med smerter i muskler og ledd sammenhengende i minst tre måneder i løpet av det siste året?

☐

Ja

☐

Nei

Hopkins Symptom Checklist-5

Har du vært plaget av noe av dette de siste 14 dagene?

	ikke plaget	litt plaget	ganske plaget	veldig plaget
Vært stadig redd og engstelig	1	2	3	4
Følt deg anspent eller urolig	1	2	3	4
Følt håpløshet når du tenker på fremtiden	1	2	3	4
Følt deg nedfor eller trist	1	2	3	4
Bekymret deg for mye om forskjellige ting	1	2	3	4

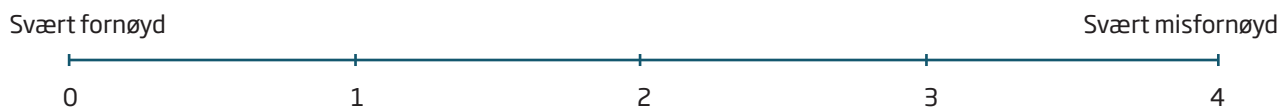
Søvn

Insomnia Severity Index

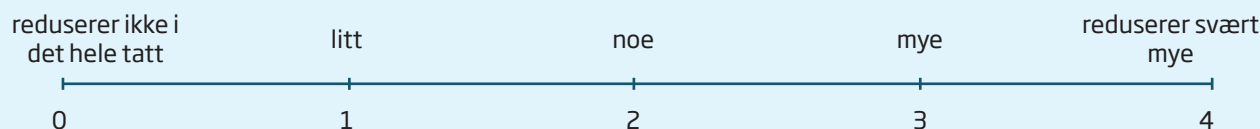
1. Beskriv den nåværende (dvs. siste to uker) alvorlighetsgraden av følgende søvnproblemer.

	ingen	milde	moderate	store	svært store
Vansker med å sovne	0	1	2	3	4
Vansker med å forbli sovende	0	1	2	3	4
Problemer med for tidlig oppvåkning	0	1	2	3	4

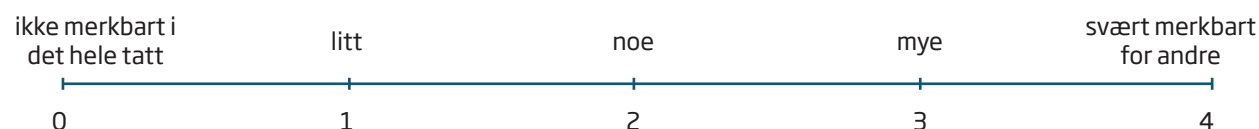
2. Hvor fornøyd/misfornøyd er du med ditt nåværende søvnmonster på følgende skala?



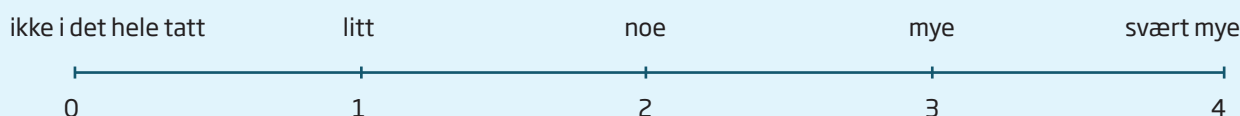
3. I hvor stor grad opplever du at søvnproblemene dine reduserer funksjonsevnen din i hverdagen (f. eks. utslitt på dagtid, evne til å fungere på jobb, daglige gjøremål, konsentrasjon, hukommelse, humør osv.)?



4. Hvor merkbart for andre tror du at søvnproblemet ditt er ved at det reduserer livskvaliteten din?



5. Hvor bekymret/engstelig er du for ditt nåværende søvnmonster?

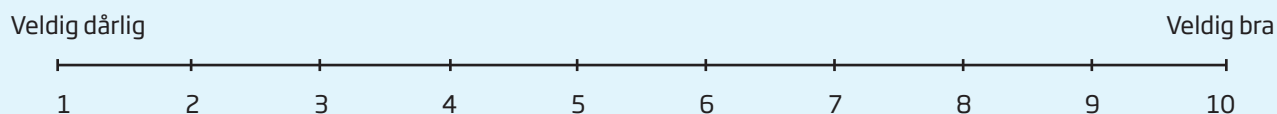


Andre søvnrelaterte spørsmål

Hvor mange timer i snitt har du sovnet i løpet av den siste uka?

Antall timer:

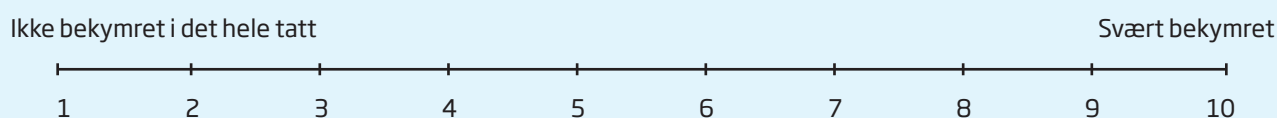
Vurder søvnkvaliteten din den siste uka:



Hvor fornøyd er du med søvnen din den siste uka?



Hvor bekymret er du over søvnen din den siste uka?



Har du i løpet av den siste uka tatt sovemedisin som hjalp deg til å sove?

☐

Nei

☐

Ja (kryss av for medisiner)

Reseptbelagte sovemedisiner

☐ Circadin

☐ Imovane

☐ Sobril

☐ Annet: _____

Søvnpreparater uten resept

☐ Melatonin

☐ Valeriana

Etterlevelse av behandlingen

I løpet av søvnkurset, i hvilken grad fulgte du følgende behandlingskomponenter?

	sjelden / aldri	av og til	ofte	hele tiden
Holde meg til min faste, forhåndsbestemte oppvåkningstid	1	2	3	4
Stå opp av senga når jeg ikke får sove	1	2	3	4
Bruke senga og soverommet kun til søvn	1	2	3	4
Begrense tiden i senga til tiden jeg faktisk sover	1	2	3	4
Endre forventningene mine til søvn	1	2	3	4
Endre måten jeg tenker om å ikke sove	1	2	3	4
Ikke prøve så hardt å sove	1	2	3	4
Ikke se på klokka om natta	1	2	3	4
Ikke trene nær sengetid	1	2	3	4
Redusere bruk av koffein eller alkohol	1	2	3	4
Ikke sove på dagtid	1	2	3	4
Bruke avspenningsteknikker	1	2	3	4

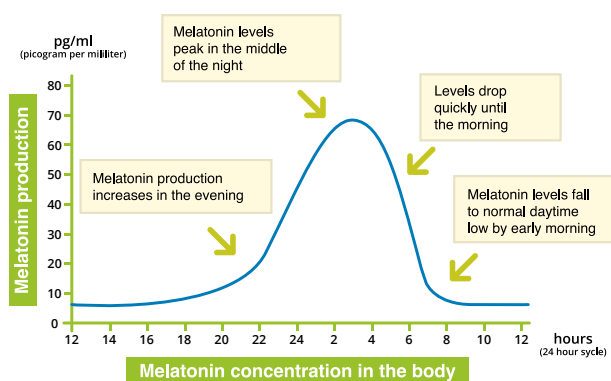
A woman with long dark hair is sleeping on a white pillow. Her head is resting on the pillow, and her arms are crossed over her chest. The background is a light blue wall.

OFTTE STILTE SPØRSMÅL

Hva er melatonin?

Melatonin er et hormon som produseres naturlig i pinealkjertelen i hjernen. Det spiller en viktig rolle i å regulere døgnrytmen. Når det blir mørkt om kvelden, øker produksjonen av melatonin, noe som signaliserer til kroppen at det er på tide å sove.

Døgnrytmen har et bunnpunkt (nadir) rundt 1-2 timer før man normalt våkner. For mange er dette bunnpunktet ca. klokken fem om natten. Det er på dette tidspunktet man har vanskeligst for å holde seg våken. Om morgenen, når det blir lyst, reduseres melatoninproduksjonen, og vi våkner.



I Norge kan melatonin kjøpes uten resept, men det kan også fås på resept fra lege. Melatonin finnes i to varianter: vanlig melatonin (fast release) og melatonin i depot-form. Vanlig melatonin har kort halveringstid, er raskere ute av kroppen, og benyttes i hovedsak ved døgnrytmelidelser. Depot-melatonin frisetter melatonin langsomt for å etterligne den normale utskillelsen av melatonin i hjernen, med høyest nivå midt på natta, og benyttes i hovedsak ved insomni.

Er det anbefalt å ta melatonin ved søvnløshet?

Melatonin har vært forsøkt ved søvnforstyrrelser, spesielt døgnrytme-forstyrrelser som forsinket søvnfase-syndrom, jetlag og skiftarbeid, men også ved andre sykdommer. Best undersøkt er virkningen på jetlag, hvor det er gode beviser for at melatonin er virksomt. Det er vist effekt ved insomni uten underliggende forstyrrelser hos pasienter 55 år eller eldre. Vanlig dosering er 2 mg, vanligvis 1-2 timer før sengetid.

Depot-melatonin (tabletter med forhøyet melatoninkonsentrasjon gjennom hele natta) er rapportert å gi kortere innsovningstid og bedre søvnkvalitet, men effekten er nokså liten. Det er usikkert om melatonin har en direkte effekt på søvn, uavhengig av effekten på døgnrytmen. Det betyr at selv om melatonin gir kortere innsovningstid, kan det skyldes effekten på døgnrytmen og ikke på innsovningsmekanismer. Det er i tillegg få undersøkelser på bivirkninger, sikkerhet og langtidseffekter av melatonin.

Er det en sammenheng mellom overgangsalder og søvnvansker?

Kvinner i overgangsalderen opplever ofte søvnproblemer som kan skyldes flere faktorer knyttet til hormonelle endringer. I løpet av overgangsalderen synker nivåene av østrogen og progesteron. Det kan påvirke søvnen negativt siden disse hormonene spiller en rolle i å regulere søvnsyklusen. Produksjon av melatonin avtar også med alderen, noe som kan gjøre det vanskeligere å sovne og å opprettholde god søvn. Mange kvinner opplever hetetokter og nattesvette når de er i overgangsalderen, noe som kan forstyrre søvnen og føre til hyppige oppvåkninger. I tillegg kan overgangsalderen gi psykiske utfordringer som kan påvirke søvnkvaliteten.

Se «Melatoninbehandling av søvnproblemer» på nettsiden til SOVno for mer informasjon om melatonin, søvn og døgnrytme.

Hvordan blir søvn påvirket av eksponering for blått lys?

Eksponering for blått lys, spesielt fra digitale skjermer som smart-telefoner, nettbrett og datamaskiner, kan ha betydelige negative effekter på søvn. Blått lys påvirker kroppens naturlige døgnrytme ved å hemme produksjonen av melatonin. Når melatoninproduksjonen undertrykkes, kan det bli vanskeligere å sovne om kvelden. Det kan føre til redusert søvnkvalitet, søvnighet i løpet av dagen, og nedsatt konsentrasjon.

For å redusere eksponeringen for blått lys om kvelden, anbefales det å bruke nattmodus på digitale enheter og å redusere skjermtid før leggetid.

Er det anbefalt å bruke gule briller ved søvnløshet?

Gule briller blokkerer blått lys og kan derfor bidra til å redusere eksponeringen for blått lys fra skjermer og kunstig belysning om kvelden. Det kan forbedre søvnkvaliteten siden produksjon av melatonin ikke blir påvirket negativt av det blå lyset. Noen studier har vist at bruk av gule briller kan redusere innsovningstiden blant voksne med søvnproblemer, men det er behov for flere studier med større utvalg og lengre varighet for å bekrefte effekten av gule briller på søvnkvalitet.

Se «Døgnrytmen vår» på nettsiden til SOVno for mer informasjon om døgnrytme.

Hvorfor virker koffein stimulerende?

Adenosin er et stoff som naturlig akkumuleres i hjernen i løpet av dagen, og regulerer kroppens døgnrytme sammen med melatonin. Når adenosin binder seg til adenosinreseptorene, reduseres nerveaktiviteten, og vi føler oss trøtte.

Koffein ligner strukturelt på adenosin og kan derfor binde seg til de samme reseptorene. Det blokkerer adenosinet fra å binde seg, noe som hindrer den søvndyssende effekten og holder oss mer våkne.

Er det mest dyp søvn i starten av den tiden man sover, uansett om man legger seg kl. 22 eller kl. 03? Eller er det mest dyp søvn før kl. 24?

Generelt sett får man mest dyp søvn i den første halvdelen av søvnperioden, uavhengig av når man legger seg. Dette betyr at hvis man legger seg kl. 22 eller kl. 03, vil den dype søvnen hovedsakelig forekomme de første timene etter at man har sovnet.

Er det greit å sove for mye når man først sovner, i for eksempel 12-14 timer?

Å sove 12-14 timer per natt er mer enn det som vanligvis anbefales for voksne. For de fleste voksne er 7-9 timer søvn per natt ansett som ideelt. Å sove betydelig mer enn det kan noen ganger være et tegn på underliggende helseproblemer, som søvnforstyrrelser (andre enn insomni), depresjon, eller andre medisinske tilstander. Det gjelder ikke hvis vedkommende er så søvndeprivert at kroppen trenger å ta igjen tapt søvn.

Hvordan blir søvn påvirket av kosthold?

Det er viktig å ikke spise for sent, men heller ikke å legge seg sulten. Hvis man spiser mye like før leggetid, vil fordøyelsessystemet bli belastet, noe som kan gi dårligere søvn. Ved søvnvansker kan man prøve om søvnen bedres ved å unngå å spise de siste tre timene før sengetid.

Leptin og ghrelin er to hormoner som spiller en viktig rolle i reguleringen av appetitt og energi, og de påvirkes sterkt av søvn. Leptin, som produseres av fettceller, signaliserer til hjernen at kroppen har nok energi og reduserer sultfølelsen. Ghrelin, derimot, produseres i magen og signaliserer sult til hjernen. Når vi får tilstrekkelig søvn, opprettholdes en balanse mellom disse hormonene: leptinnivåene øker, noe som reduserer sult, mens ghrelinnivåene synker, noe som også bidrar til å redusere sult.

Søvnmangel kan forstyrre denne balansen. Når vi ikke får nok søvn, reduseres leptinnivåene og ghrelinnivåene øker, noe som fører til økt sult og appetitt. Dette kan resultere i overspising og vektøkning, samt en generell følelse av tretthet og redusert energi.

Hva er restless legs?

Restless legs syndrom (RLS) er en tilstand som forårsaker en sterk trang til å bevege bena, ofte ledsaget av ubehagelige følelser som kribling, uro eller kløe. Symptomene oppstår vanligvis om kvelden eller natten når man sitter eller ligger, og lindres midlertidig ved bevegelse. RLS kan føre til lengre innsovning, forstyrre søvnen og føre til tretthet på dagtid.

Se «Restless legs syndrom» på nettsiden til SOVno for mer informasjon om denne søvnforstyrrelsen.

Hva er døgnrytmeforstyrrelser?

Døgnrytmeforstyrrelser er en type søvnforstyrrelse som oppstår når det er et misforhold mellom kroppens indre biologiske klokke og det ytre miljøet. Det kan føre til problemer med å sovne og våkne på passende tidspunkter, som igjen kan påvirke daglige aktiviteter som skole, arbeid og sosiale gjøremål.

Det finnes seks typer døgnrytmeforstyrrelser:

1. Forsinket søvnfase-syndrom: Kroppens klokke er stilt inn til å fungere senere enn normalt. Typiske symptomer er vansker med å sovne inn og våkne til ønsket tidspunkt.
2. Fremskyndet søvnfase-syndrom: Kroppens klokke er stilt inn til å fungere tidligere enn normalt. Typiske symptomer er vansker med å holde seg våken frem til ønsket leggetidspunkt om kvelden, og å være ferdig utsovet tidligere enn ønsket.
3. Irregulær søvn-våkenhets-rytme: Søvn og våkenhet er spredt utover dagen uten en fast rytme. Typiske symptomer er kronisk søvnløshet, søvnighet eller begge deler.
4. Frittløpende døgnrytme: Kroppens indre klokke følger ikke en 24-timers syklus. Typiske symptomer er forsinkelsen av søvnperioden med omtrent en time for hvert suksessive døgn.
5. Jetlag: kroppens biologiske døgnrytme blir hengende etter når man forflytter seg raskt til en annen tidssone, for eksempel med fly fra Norge til USA. De første dagene fungerer kroppen som om det var norsk tid. Reiser man vestover blir man svært tidlig trøtt i den nye tidssonen. Reiser man østover blir problemet omvendt.
6. Skiftarbeidslidelse: Påvirker personer som jobber skift, der arbeidstiden overlapper med tidsrommet som personen normalt sover i. Typiske symptomer er insomni og / eller søvnighet på dagtid, samt fordøyelsesbesvær.

Behandling av døgnrytmeforstyrrelser vil variere avhengig av typen forstyrrelse og alvorlighetsgraden, og kan inkludere lysbehandling, melatonin samt kognitiv atferdsterapi for insomni.

For mer informasjon anbefales artikkelen av Pallesen, S., & Bjorvatn, B. (2009), Døgnrytmeforstyrrelser, publisert i Tidsskrift for Den norske legeforening.

Hvordan bidrar regelmessig søvn til god søvnkvalitet?

Regelmessig søvn innebærer at man legger seg og våkner til omtrent samme tid hver dag, inkludert helger. Regelmessighet i søvn spiller en viktig rolle i søvnkvaliteten ved å stabilisere kroppens indre klokke (døgnytmene) og henger sammen med variasjon i lysforhold, måltider og aktiviteter.

Variasjon i døgnytmene er ikke spesielt gunstig for helsen. Særlig det å legge seg senere enn normalt, kan føre til økt hvilepuls dagen etterpå, noe som kan påvirke hjertehelsen. Det er et lineært forhold mellom sengetid og hvilepuls: jo senere man går i seng, jo mer øker hvilepulsen. Søvnregelmessighet har også vist seg å være viktigere enn søvnlengthe for å redusere risikoen for tidlig død.

Å sikte på å sovne og våkne innenfor et 1-times vindu hver dag kan være en gjennomførbar strategi for å styrke søvnregelmessighet.

Ved akkumulert søvnmangel kan det å sove ut med 1-2 timer på fridager eller å ta en lur på dagtid være gunstig dersom alternativet er å fortsette å sove for lite. Det å sove ut på fridager kan imidlertid ikke fullt ut kompensere for søvnmangel.

Hva er sammenhengen mellom stress og søvn?

Stress og økt aktivering i nervesystemet kan ha en betydelig negativ innvirkning på søvnkvaliteten. Opplevelsen av stress oppstår når man oppfatter en mental eller fysisk trussel. Når vi opplever stress, aktiveres kroppens «fight or flight»-respons, som øker nivåene av stresshormoner som adrenalin og kortisol. Det fører til en tilstand av økt aktivering (såkalt «arousal»), hvor kroppen er i beredskap og klar til å reagere på potensielle trusler.

I en tilstand av økt aktivering er det vanskelig å slappe av og falle i søvn. Også søvnens kvalitet påvirkes, noe som kan føre til hyppige oppvåkninger og redusert tid i de dype søvnstadiene som er viktige for restitusjon og helse. I akutte tilfeller vil søvnen normalisere seg når den stressende situasjonen er over. Langvarig stress, derimot, holder kroppen i en konstant tilstand av beredskap, noe som kan føre til vedvarende søvnvansker som insomni. Langvarig stress kan også øke risikoen for utvikling av søvnrelaterte lidelser som søvnapné og restless legs-syndrom.

Sammenhengen mellom stress og søvn er gjensidig. Når man opplever stress, kan det føre til dårligere søvnkvalitet. Stresshormonene kortisol og adrenalin kan gjøre det vanskeligere å sovne og opprettholde søvnen. På den andre siden kan dårlig søvnkvalitet øke nivåene av stress, som kan føre til økt irritabilitet og angst, redusert konsentrasjon, og dårligere evne til å håndtere daglige utfordringer.

For de som sliter med langvarig stress, kan det å lære seg å håndtere stresset være en nøkkel til bedre søvn dersom man ikke kan gjøre noe med den bakenforliggende årsaken. Her kan teknikker som avspenning og fysisk aktivitet, eller psykologisk behandling, bidra til å bryte den negative syklusen mellom stress og dårlig søvn. Kognitiv atferdsterapi for insomni er anbefalt behandling for insomni uansett utløsende faktor.

Er det anbefalt å måle søvn med pulsklokker?

Polysomnografi er den medisinske gullstandarden for søvnmåling. Polysomnografi måler søvn og søvnstadier ved bruk av sensorer som registrerer hjerneaktivitet, øyebevegelser, muskelaktivitet, hjerteaktivitet samt respirasjon. Pulsklokker (og lignende teknologi som bånd, ringer, etc.) består av mye enklere sensorer som hovedsakelig kombinerer puls og bevegelse.

Bruk av pulsklokker til måling av søvn kan ha noen fordeler, som å få en viss innsikt i eget søvnmønster og oppdage sammenhenger mellom søvn og for eksempel trening eller inntak av koffein eller alkohol. Samtidig er det viktig å være bevisst på at pulsklokker har begrenset nøyaktighet. Det er særlig viktig å ikke stole blindt på data om søvnstadier, og det er også kjent at pulsklokker kan overestimere søvn og underestimere våkenhet. Slike avvik kan føre til upresise data og feilaktige konklusjoner om egen søvnkvalitet og helse.

For noen kan overvåking av egen søvn føre til økt bekymring og stress, noe som kan påvirke søvnen negativt.

Det er ikke anbefalt å bruke pulsklokker mens man får behandling med kognitiv atferdsterapi for insomni. Deltakere bør heller oppfordres til å stole på opplevelsen av egen søvn, og benytte søvndagboken i løpet av behandlingen.

Kapittel 6

REFERANSER

REFERANSER

Berge, T., Dehli, L. og Fjerstad, E. (2014). *Energityvene. Utmattelse i sykdom og hverdag*. Aschehoug.

Bernstein, D. A., & Borkovec, T. D. (1973). *Progressive relaxation training. A manual for the helping professions*. Champaign, IL: Research Press.
Tilgjengelig fra: <http://www.helse-bergen.no/no/OmOss/Avdelinger/sovno/Sider/Avslapnings%C3%B8velser.aspx>

Biørnstad, L. (2015). *Lyset fra skjermen forstyrrer søvn og gjør deg trøtt om morgenen*. Nettartikkel. Tilgjengelig fra: <http://forskning.no/2015/01/lyset-fra-nettbrett-forstyrrer-sovnrytmen-og-gjør-oss-mer-morgenslove>

Bjorvatn, B. (2013). *Døgnrytmen vår*. Bergen: Nasjonal kompetansetjeneste for søvn-sykdommer (SOVno). Tilgjengelig fra: <http://www.helse-bergen.no/no/OmOss/Avdelinger/sovno/sovn-og-sovnsykdommer/Sider/dognrytmen-var.aspx>

Bjorvatn, B. (2013). *Behandling av langvarige søvnproblemer uten medisiner*. Bergen: Nasjonal kompetansetjeneste for søvnsykdommer (SOVno). Tilgjengelig fra: <http://www.helse-bergen.no/no/OmOss/Avdelinger/sovno/sovn-og-sovnsykdommer/Sider/behandling-av-langvarige-sovn-problemer-uten-medisiner.aspx>

Bjorvatn, B. (2014). *Døgnrytmeforstyrrelser*. Bergen: Nasjonal kompetansetjeneste for søvnsykdommer. Tilgjengelig fra: <http://www.helse-bergen.no/no/OmOss/Avdelinger/sovno/sovn-og-sovnsykdommer/Sider/dognrytmeforstyrrelser.aspx>

Bjorvatn, B. (2014). *Restless legs (urolige bein)*. Bergen: Nasjonal kompetansetjeneste for søvnsykdommer. Tilgjengelig fra: <http://www.helse-bergen.no/no/OmOss/Avdelinger/sovno/sovn-og-sovnsykdommer/Sider/restless-legs-urolige-bein.aspx>

Chang, A. M., Aeschbach, D., Duffy, J. F. et al. (2014) *Evening use of light-emitting eReaders negatively affects sleep, circadian timing, and next-morning alertness*. Tilgjengelig fra: <http://www.pnas.org/content/112/4/1232.full>

Chóliz, P. (1995). *A breathing-retraining procedure in treatment of sleep-onset insomnia: Theoretical basis and experimental findings*. Perceptual and Motor Skills, 80, 507-513.

Dalgard, O. S., Mathiesen, K. S., Nord, E. et al. *Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*. Rapport 2011:1. Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)

Fetveit, A. og Bjorvatn, B. *Søvnforstyrrelser ved psykiske lidelser*. Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 44, nummer 4, 2007, side 394-402.

Folkehelseinstituttet. Søvnvansker - Folkehelse rapporten 2014.
Rapport tilgjengelig elektronisk: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/sovnvansker---folkehelse rapporten-2/>

Faktaark: Fakta om søvnvansker - insomni. Oslo: Folkehelseinstituttet.
Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/fp/sovn/fakta-om-sovnvansker---insomni/>

Harvard Health Letter. Nettartikkel. *Blue light has a dark side*. Harvard Health Publications. Harvard Medical School. Tilgjengelig fra: <http://www.health.harvard.edu/staying-healthy/blue-light-has-a-dark-side>

Hrozanova, M., Skarpsno, E. S., Follestad, T., Kallestad, H., Pallesen, S., Nordstoga, A. L., ... & Meisingset, I. (2025). Effectiveness of group-delivered cognitive behavioural therapy for insomnia in primary care: a pragmatic, multicentre randomised controlled trial. *Sleep Medicine*, 131, 106495.

Irwin M.R., Cole J.C., Nicassio P.M.. Comparative meta-analysis of behavioral interventions for insomnia and their efficacy in middle-aged adults and in older adults 55+ years of age. *Health Psychology*. 2006;25:3-14.

Jennum, P., Bonke, J., Clark, A. J. et al. *Søvn og sundhed*. København: Vidensråd for Forebyggelse, 2015.

Lehmann, S. (2015). *Snorking og søvnapné*. Bergen: Nasjonal kompetanse-tjeneste for søvn sykdommer. Tilgjengelig fra: <http://www.helse-bergen.no/no/OmOss/Avdelinger/sovno/sovn-og-sovn sykdommer/Sider/sovnapne.aspx>

Pallesen, S., Sivertsen, B., Nordhus, I. H., & Bjorvatn, B. A 10-year trend of insomnia prevalence in the adult Norwegian population. *Sleep Med* 2014 Feb; 15(2):173-9.

Sivertsen B, Lalukka T, Salo P, et al. *Insomnia as a risk factor for ill health*. The HUNT Study. *Journal of Sleep Research*. In press.

Sivertsen, B., Omvik, S., Pallesen, S. et al. *Cognitive behavioral therapy vs zopiclone for treatment of chronic primary insomnia in older adults: a randomized controlled trial*. *JAMA*. 2006;295:2851-2858.

Ursin, R. (1996). *Søvn. En lærebok om søvnfysiologi og søvn sykdommer*. Oslo: Cappelen Akademisk forlag.

SOV GODT – kursmanual

Utgitt: 2018, revidert 2025

Bestillingsnummer: IS-0598

Foto: Sissel Flo Nilsen/Fotografene.no

Design: Itera Gazette as